Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. Walter Schulte

Untersuchungen über das Krankheitserleben des Epileptikers

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Wolfgang Raßmann
aus Stuhm bei Marienburg

1970

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. Walter Schulte

Untersuchungen über das Krankheitserleben des Epileptikers

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Wolfgang Raßmann
aus Stuhm bei Marienburg

1970

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. J. Hirschmann

Berichterstatter: Professor Dr. W. Schulte

FOTODRUCK PRÄZIS Barbara v. Spangenberg KG · Tübingen

Inhalt

Seite

Einleitung 1

Thematik - Methodik - Material

A. Analyse der Faktoren

I. Faktoren der Krankheit

1 Art des Anfallsleidens 6

2 Zeitpunkt des Auftretens und bisherige Dauer der Krankheit 9

3 Anzahl und Frequenz der Anfälle 13

4 Abnahme bezw. Zunahme der Anfallsfrequenz 14

5 Zusätzliche körperliche Beschwerden und Gebrechen 15

6 Auraerlebnis 17

7 EEG - Befund und Selbsterleben 18

II. Faktoren der Person

1 Alter 19

2 Geschlecht 22

3 Intelligenz 24

4 Persönlichkeit und Wesensänderung 26

III. Soziale Faktoren

1 Beruf 27

2 Materielle Situation 29

3 Familie 3o

4 Wohnsituation 32

B. Exploration

I. Die Krankheit in der Retrospektive

1 Die Reaktion auf den ersten Anfall 34

2 Die diagnostische Einordnung des ersten Anfalls durch den Patienten 36

3 Das Wissen des Patienten um die exakte Diagnose 38

4 Hat sich der Patient selbst weiter über die Krankheit informiert? 4o

5 Die Ätiologie der Anfälle aus der Sicht des Patienten 41

6 Familiäre Belastung 43

II. Die derzeitige Situation des Kranken

1 Lebensstimmung - Lebenseinstellung - Befindlichkeit 45

2 Die Selbsteinschätzung einer möglichen Wesensänderung 52

3 Die Einstellung des Patienten zu seinen Anfällen 55

III. Zukunftserwartung

Einschätzung der Behandlungschancen Einstellung zur Behandlung - Wünsche - Lebenssinn 6o

IV. Der Kranke und sein soziales Umfeld

1 Familie 64

2 Die Beziehung zur Umwelt 71

Zusammenfassung 76

Schlußbemerkung 8o

Tabellarische Übersicht der explorierten Patienten 82

Literaturhinweise 86

VORWORT

Die Behandlungserfolge auf dem Gebiet der Anfallskrankheiten kann man heutzutage insgesamt als erfreulich bezeichnen. Sie machen dieses neurologische Teilgebiet zu einem der therapeutisch dankbarsten Abschnitte der Neurologie. Leider ist es nicht in diesem Maße gelungen, Makel und Odium, die dieser Krankheit anhaften, abzubauen. So entsteht für den Epileptiker eine sehr spezifische Situation, der ein besonderes Gewicht des pathischen Aspektes entspricht.

Merkwürdigerweise besitzen wir bisher wenig objektive Kenntnisse über die Reaktionen des Kranken auf seine Krankheit (Delay, Pichot). Das Schwergewicht der Forschung liegt auf pathophysiologischem, psychopathologischem, morphologischem und pharmakotherapeutischem Gebiet. Wie der Einzelne sich mit seiner Krankheit auseinandersetzt, wie er mit den Schwierigkeiten physischer, psychischer und soziologischer Art fertig wird, wird kaum berücksichtigt. In dieser Arbeit soll versucht werden, diesen Bereich eingehender zu beleuchten.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. W. Schulte danken, daß er diese Arbeit ermöglichte und mir in Gesprächen wertvolle Hinweise gab. Frau Dr. Lauer hat in hilfreicher Weise dafür gesorgt, daß ich die Poliklinikpatienten untersuchen konnte, deshalb möchte ich auch ihr hier danken.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547612_0091

Einleitung

Durch die Krankheit findet eine gravierende Änderung im Leben eines Kranken statt. In dieser Arbeit soll an einer Gruppe von Anfallskranken untersucht werden, inwieweit sich ihre Stellung zu sich und ihrer Umwelt durch die Krankheit aus ihrer Sicht ändert, wie sie dies erleben und verarbeiten.
Es kann nicht erwartet werden, daß bei den unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen und den voneinander abweichenden Umweltsituationen einheitliche Verhaltensmuster und Verarbeitungsmodi entstehen. Deshalb sollen außer der Fragestellung nach den Reaktionsformen auch die Faktoren untersucht werden, die von Einfluß auf diese sind, und zwar in welcher Weise und in welchem Ausmaß sie wirksam sind.
So ist zu vermuten, daß die Krankheit in Abhängigkeit von der Ausprägung der Symptomatik, ohne Rücksicht auf die Persönlichkeitsstruktur und die persönliche Gesamtsituation, von Einfluß ist. Sie wirkt darüber hinaus möglicherweise über an die Person gebundene Faktoren wie u.a. die Persönlichkeitsstruktur, die Intelligenz, das Alter und das Geschlecht und über das soziale Umfeld.
Die Art und Weise, in der sich der Patient mit seiner neuen Situation arrangiert, bleibt wiederum nicht ohne Einfluß auf die Umwelt, sodaß eine wechselseitige Abhängigkeit auf sozialem Gebiet entsteht. Inwieweit ein solcher wechselseitiger Mechanismus in Bezug auf die Persönlichkeit zum Beispiel im Sinne einer inneren Reifung vorhanden ist, läßt sich leider sehr viel schwerer analysieren.
Die Patienten wurden einer eingehenden Exploration unterzogen. An Hand dieser wurde zunächst die Bedeutung folgender Faktoren untersucht, die von Einfluß auf die Verarbeitung der neuen Situation sein könnten:
Die Krankheit betreffend: 1. Art des Anfallsleidens
2. Zeitpunkt des ersten Auftretens der Anfälle und bisherige Dauer der

Krankheit
3. Anzahl und Frequenz der Anfälle
4. Abnahme bezw. Zunahme der Anfallsfrequenz
5. Zusätzliche körperliche Beschwerden und Gebrechen
6. Auraerlebnis
7. EEG - Befund und Selbsterleben

die Person betreffend:
1. Alter
2. Geschlecht
3. Intelligenz
4. Persönlichkeit und Wesensänderung

den sozialen Bereich betreffend:
1. Beruf
2. Materielle Situation
3. Familie
4. Wohnverhältnisse

Im zweiten Teil wurde dann die Haltung des Epileptikers zu sich und zur Umwelt analysiert. Die Fragen der Exploration waren in vier Gruppen eingeteilt. Es waren Fragen, die das zurückliegende ansprechen sollten, Fragen zur derzeitigen Situation, Fragen in denen die Zukunftserwartung ausgelotet werden und Fragen zum sozialen Umfeld. Es wurde versucht folgendes zu eruieren.

I,1 Was war Ihre Reaktion auf den ersten Anfall, wann haben Sie sich die ersten Gedanken über diesen Anfall gemacht und was für Gedanken waren das?

2 Was vermuteten Sie, um was es sich beim ersten Anfall gehandelt hat?

3 Wissen Sie, um was für Anfälle es sich bei Ihnen handelt? Hat man Sie über die Natur der Anfälle aufgeklärt? Wer?

4 Haben Sie sich selbst eingehend über die Anfälle orientiert, oder interessiert Sie das nicht?

5 Was sehen Sie als Ursache ihrer Krankheit an?
6 Sind in Ihrer Familie andere Fälle bekannt?

II,1 Wie ist Ihre allgemeine Lebensstimmung? Sind Sie zufrieden,glücklich oder unglücklich? Haben Sie irgendwelche Sorgen? Was entbehren Sie?
2 Haben Sie das Gefühl,daß Sie anders sind als früher im Denken,in Gedächtnisleistung und Wortfindung,in der Schnelligkeit im Denken und Handeln? Sind Ihnen die anderen überlegen?
3 Wie stehen Sie zu einem erneuten Anfall? Sind Sie dann wütend,verfluchen sie ihn? Halten Sie Anfälle bezw. ihr Anfallsleiden für gefährlich? Welchen Schweregrad würden Sie ihm subjektiv geben? Haben Sie schon einmal einen Anfall gesehen? Wie reagierten Sie darauf?

III,1 Halten Sie die Krankheit für heilbar? Hielten Sie die Behandlung schon einmal für sinnlos oder halten Sie diese für unnötig? Haben Sie schon Suicidgedanken gehabt?
2 Was halten Sie vor allem für behandlungsbedürftig?
3 Welches ist Ihr sehnlichster Wunsch? Wo sehen Sie Ihren Lebenssinn?

IV,1 Wie verstehen Sie sich mit ihrer Frau,ihren Kindern,Ihren Angehörigen? Gibt es Reibereien? Wie wirkt sich das auf Sie aus?
2 Wie verstehen Sie sich mit Ihren Mitmenschen,den Kollegen,den Nachtbarn und Bekannten? Haben Sie Kontaktschwierigkeiten? Geht man Ihnen aus dem Weg? Wie verhält man sich zu Ihnen? Hat sich Ihr Sozialprestige verändert?

Die Exploration wurde in Form eines lockeren Gespräches durch-

geführt,wobei sowohl auf eine feste Reihenfolge als auch auf Vorformulierung der Fragen verzichtet wurde.Dies hatte den Vorteil,daß es schneller und besser zu einem Kontakt mit dem Patienten kam,was vor allem bei den Poliklinikpatienten von Wichtigkeit war,da diese oft relativ wenig Zeit hatten.Außerdem ergab sich so eine bessere Flexibilität in Bezug auf die Anpassung an die jeweilige Situation und die Befragten.Zum Teil wurde auch auf das Mitschreiben während der Exploration verzichtet,wenn sich nämlich herausstellte,daß sie dadurch erschwert wurde.Das war bei einem Viertel der Patienten der Fall.

Was die Beantwortung der Fragen angeht,so gibt es eine Anzahl von Faktoren,die sie verfälschen können.Da ist zum einen die Einstellung zur Exploration.Sie kann zwischen positiv und negativ mit entsprechenden Zwischennuancen schwanken.Im allgemeinen war die Einstellung positiv,wobei jedoch der Sinn des Gespräches trotz häufig mühsamen Versuches,den Patienten das klar zu machen,in vielen Fällen nicht als notwendig erachtet bezw. überhaupt nicht begriffen wurde.

Schwer ist ferner zu beurteilen,inwieweit nicht zur Sprache kam,was der Patient als nicht mitteilenswert ansah.Ein Bereich,der in mancherlei Hinsicht interessant wäre.Weitere Fehlerquellen liegen in der mangelnden Fähigkeit des Patienten zu relevanten Antworten,in der Unfähigkeit,gefühlsmäßige Einstellungen formulieren zu können,und darin,daß Dinge,die zurückliegen,nicht erinnert werden können,so daß Verzerrungen im Vergleich entstehen können.Auch machen sich auf individuell verschiedenen Gebieten Verteidigungsmechanismen bemerkbar, was vor allem für Fragen des sozialen Bereiches gilt,die das Verhältnis in der Familie und zu den Mitmenschen betrifft.Einer Erscheinung,die nach Scheuch allgemein in Europa anzutreffen ist.

Die Auswahl der Untersuchten ist zwangsläufig einseitig.Es sind die Anfallskranken,die eine Behandlung für notwendig halten und diejenigen,bei denen eine Behandlung dringend notwendig ist,und die nicht in einer Anstalt sind.Wenn man bedenkt,daß von 250000 bis 300000 Anfallskranken in Deutschland 170000 bis

2oo ooo nicht zum Arzt gehen,kann man diese Gruppe nicht unbedingt als repräsentativ ansehen.

Diejenigen,die nicht zum Arzt gehen,sind also in dieser Arbeit leider nicht erfaßt.Die Faktoren,die zu diesem Verhalten führen,wären zweifelsohne sehr interessant.Denkbar wären eine niedrige Anfallsfrequenz,bei höherer Anfallsfrequenz zusätzlich eine erhebliche Indolenz,weiterhin vorwiegend nächtliche Anfälle,die gut verheimlicht werden können und im Arbeitsprozeß nicht stören,eventuell nächtliche Anfälle,die vom Betroffenen nicht richtig realisiert werden,eine Abneigung zum Arzt zu gehen und Angst,die Diagnose stellen zu lassen.Ferner anfallskranke Kinder,die aus mannigfachen Gründen nicht zum Arzt gebracht werden.

Eine Hinzunahme von Anstaltspatienten erscheint problematisch, da das Krankheitserleben sicher sehr von dem spezifischen Anstaltsmilieu geprägt ist und auch je nach Organisation der Anstalt variiert.Außerdem wird man bei einem großen Teil der Patienten,wegen eines erheblichen Persönlichkeitsabbaus,kein Krankheitsbewußtsein erwarten können (Jaspers).

Die Untersuchung stützt sich auf die Exploration von 79 Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen im Zeitraum von 1965 - 1968.Zwei Patienten schieden aus,da sich später herausstellte,daß es sich um psychogene bezw. syncopale Anfälle handelte.Ursprünglich war geplant, eine Gruppe von Narkoleptikern in die Untersuchung miteinzubeziehen.Hierzu fehlte es aber an einer genügenden Anzahl von Fällen,so daß an dieser Stelle über einen explorierten Fall - O.K. (39) - nur soviel gesagt werden soll,daß die in der Untersuchung festgestellten belastenden Faktoren vor allem auf sozialem Gebiet keine Rolle spielten und insgesamt eine Unbefangenheit vorherrschte.

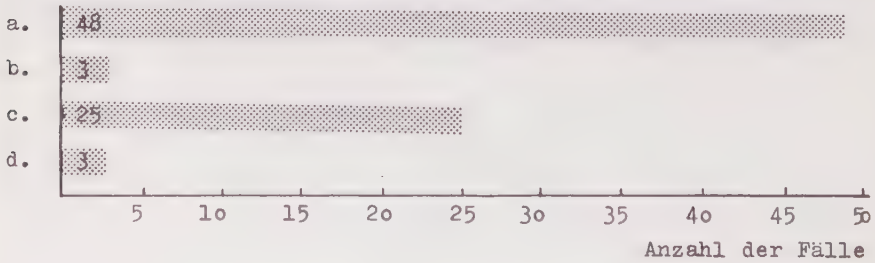
A. ANALYSE DER FAKTOREN

I,1 Art des Anfallsleidens

Der Anfallspatient leidet nicht schlechthin unter einer Krankheit, die man Epilepsie nennt, sondern an seinem ganz speziellen Anfallsleiden, deren Symptomatik einer der determinierten Formen der Anfallskrankheiten in unterschiedlich starker Ausprägung entspricht. Die Art des Anfallsleidens nimmt eine noch näher zu bestimmende Wertigkeit im Gesamtgefüge der Reaktionen des Patienten ein. Eine hochdetaillierte Aufgliederung ist jedoch insofern nicht sinnvoll, da, will man vom Patienten ausgehen, dieser sie nicht nachvollziehen kann. Folgende Einteilung erwies sich, ungeachtet der intellektuellen Fähigkeiten der Patienten - läßt man die stark abgebauten Persönlichkeiten außer Betracht (im zugrundeliegenden Material drei Fälle) - als geeignet. Zwischen epileptischen und nichtepileptischen Anfällen kann der Patient natürlich meist nicht differenzieren. Sie sind nur zur Übersicht hinzugefügt.

a. Anfallsleiden nur in Form von grand mal Anfällen
b. Anfallsleiden nur in Form sogenannter „kleiner Anfälle"
c. Grand mal Anfälle und „kleine Anfälle"
d. Nichtepileptische Anfälle

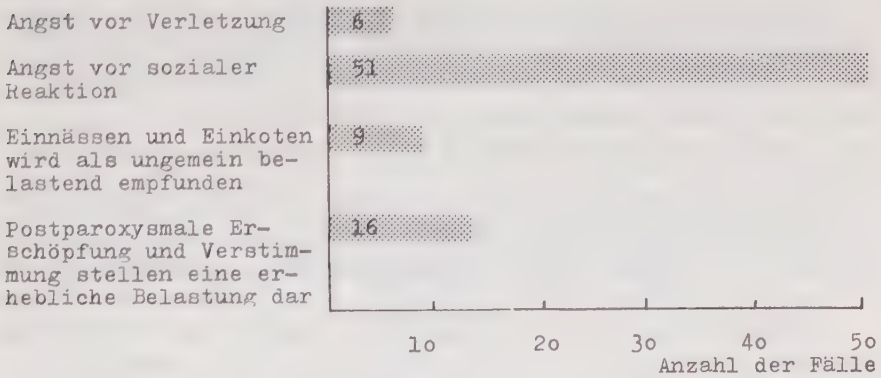
Verteilung der Anfallsformen



Treten nur große Anfälle auf,so besteht nur eine Konfrontation mit einer Manifestationsform der cerebralorganischen Anfälle.Der Anfall selbst entzieht sich dem Bewußtsein,was im krassesten Fall eine völlige Unkenntnis des Geschehens bedeuten kann,dann nämlich,wenn die Anfälle nur nachts auftreten und vom Patienten und von den Angehörigen unbemerkt bleiben.

W.E.(17) Das Einzige,was ihm auffiel,bevor eine Epilepsie durch einen Anfall am Tage diagnostiziert wurde,waren ab und zu Blutflecke auf seinem Kopfkissen morgens,über die er sich jedoch nicht weiter aufregte.

Aber auch sonst bleibt dem Anfallskranken der Hergang der eigentlichen Anfälle verschlossen (W.Schulte).Reaktionen auf den Anfall selbst gibt es also nicht.Diese erstrecken sich vielmehr auf die Aura,die postparoxysmale Erschöpfung und Verstimmung,etwaige Verletzungen im Anfall,die Unannehmlichkeit des Einnässens und Einkotens und die Reaktion der Umwelt,um nur die wichtigsten zu nennen.Von den Patienten wurde in folgender Verteilung angegeben:



Die Furcht vor der Situation,die sich aus der Konfrontation des Anfallsgeschehens mit dem sozialen Umfeld ergibt,ist in mehr oder weniger starker Ausprägung bei der Mehrzahl der Epileptiker zu finden,angefangen mit der Peinlichkeit für den

Betreffenden,weiter über seine Diffamierung bis hin zu beruflichen Konsequenzen.Bei nur nachts auftretenden Anfällen scheinen die Verhältnisse für den Kranken in dieser Hinsicht etwas günstiger zu liegen,jedoch reichen die drei Fälle dieser Untersuchung zu sicheren Schlüssen nicht aus.Auch eine exakte Aufgliederung in Aufwach - ,Schlaf - und diffuse Epilepsien war auf Grund dieser Unterrepräsentation einer Gruppe nicht sinnvoll,obwohl dies wegen der charakteristischen,differenten psychischen Verhaltensmuster von Aufwach - und Schlafepileptikern (Janz) im Rahmen dieser Arbeit von Interesse wäre.

Angst vor gewissen Unannehmlichkeiten durch den Anfall kann nicht nur aus eigener Erfahrung entstehen,sondern auch auf Grund von beobachteten Fremdanfällen,der Schilderung der eigenen Änfälle und der Darstellung in Veröffentlichungen.

W.F. (28) berichtet,er habe im Betrieb einmal einen Anfall gesehen.Als er dann an seine eigenen Anfälle dachte,habe er brechen müssen.Seither sei er immer ein wenig unsicher.
F.V. (24) Er habe noch keinen Anfall gesehen.Seine Mutter habe ihm seine Anfälle geschildert:er würde urplötzlich brutal stürzen.Ernsthaft verletzt habe er sich zum Glück noch nie,aber er befürchte es.

Ähnliches gilt für die Reaktion der Umwelt.So gibt es außer Klagen,daß die Ehefrau nach dem Anfall unangenehm berührt gewesen sei (14) oder daß selten zu Besuch kommende Verwandte nach dem Anfall verschwunden waren,auch Bemerkungen,die eine noch nicht gemachte Erfahrung möglich erscheinen lassen.

D.D.(46) „Zum Glück habe ich noch keinen Anfall in der Öffentlichkeit gehabt.Das wäre sehr peinlich."
C.K.(13) Die Umgebung wisse nichts von seinem Leiden.Er halte es auch gern geheim wegen möglicher nachteiliger Reaktionen.

Die Reaktion auf die postparoxysmale Erschöpfung und auf das Einnässen war jedoch immer an die jeweilige Alteration geknüpft.Liegt dem Anfallsleiden ein dem Kranken bekannter tumoröser Prozeß zugrunde,(1o,48,7o,75),so wird jeder Anfall als Zeichen für ein fortschreitendes Wachstum,der Bösartigkeit des Prozesses und abnehmender Besserungsaussichten erlebt.

Treten nur kleine Anfälle auf,so fällt das gravierende Er-

eignis des großen Anfalls fort.Der Patient ist dem Anfallsgeschehen nicht ganz so hilflos ausgesetzt.

F.B.(2),ein Volksschullehrer äußerte:Anfangs hätten die Kinder es bemerkt,wenn er Absencen hatte,jetzt könne er es jedoch überspielen.

In mancher Hinsicht erwecken die Absencen bei den Patienten den Verdacht auf eine stärkere intellektuelle Leistungseinbuße.Sie fühlen sich nicht mehr der Konkurrenz gewachsen (8) und empfinden sich in der Reaktionsschnelligkeit anderen unterlegen (27).Testpsychologisch lagen diese zwei Fälle deutlich über der Norm,wobei sich im Leistungsprofil keine entsprechenden Ausfälle zeigten.Häufige Absencen können zur Verzweiflung führen,werden aber meistens nur als hinderlich,störend und unangenehm empfunden.Dies trifft noch mehr für Jackson Anfälle zu.

Treten sowohl große wie kleine Anfälle auf,so werden die kleinen kaum erwähnt,es tritt eine Summation der Alterationen durch die beiden Anfallsformen auf.

I,2 Zeitpunkt des ersten Auftretens der Anfälle und bisherige Dauer der Anfälle

Die Zeit hat für unsere Fragestellung in zweifacher Hinsicht Bedeutung:Als Zeitspanne,in der sich der Patient mit der Krankheit auseinandergesetzt hat,und als zeitlicher Lebensabschnitt, in dem sie auftrat.Den Zeitraum seit dem Bestehen der Anfälle könnte man als Maß für die Chronifizierung des Leidens ansehen,jedoch scheint die Zeitspanne allein die Anfallskrankheit zu einem Anfallsleiden zu machen.

P.M.(74),65 Jahre alt,leidet seit dem 16.Lebensjahr an Anfällen, etwa zwei bis drei im Jahr.Verletzt habe sie sich nie.Obgleich sie in ihrer Persönlichkeit jetzt stark abgebaut ist,meint man doch feststellen zu können,daß sie niemals sehr unter den Anfällen gelitten hat.Sozial haben sich für sie nie Nachteile ergeben,sie ist nie in einer Klinik gewesen zuvor und hat nur

selten und unregelmäßig Tabletten eingenommen.

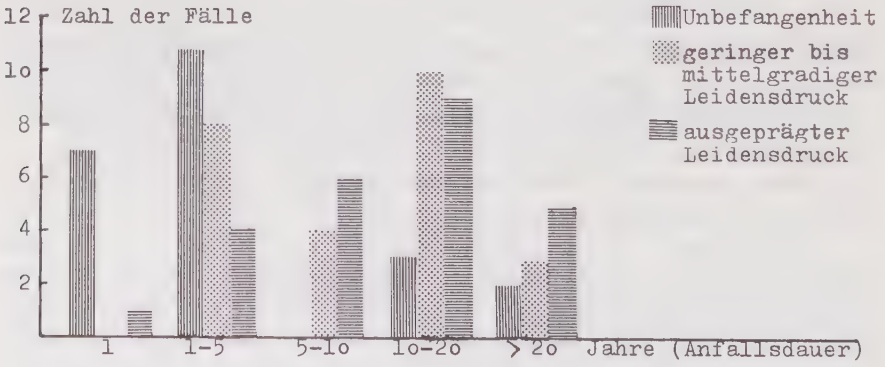
Als weitere Parameter lassen Anfallfrequenz,deren Verhalten im Krankheitsverlauf,Verletzungen,soziale Folgen auf Grund der Krankheit etc.,die Epilepsie zu einem chronischen Leiden werden.

Um den Einfluß der einzelnen Faktoren näher bestimmen zu können,sollen sie in Relation zum derzeitigen Lebensgefühl gesetzt werden.

Bei geringer oder fehlender Beeinträchtigung von Vitaltonus, Selbstgefühl,Selbstsicherheit,Antriebsstruktur und seelischer Stabilität bei unbekümmerter ,zufriedener,ausgeglichener oder hoffnungsvoller Grundstimmung wird man nicht von einem gravierenden Leidensdruck sprechen können.Ist es jedoch zu einer Beeinträchtigung dieser Eigenschaften der Persönlichkeit gekommen und ist die Stimmung depressiv und mißmutig,liegen Ängstlichkeit,soziale Passivität,Verbitterung,Verspanntheit oder Stumpfsinn vor,wird man eine Entwicklung zum „unfrohen Pol" (Bergler) und einen erheblichen Leidensdruck annehmen müssen.

An Hand der Antworten der Patienten zu den Fragen II,1,2,3, III,1,2,3 und IV,1,2 wurden die Patienten diesen beiden Gruppen zugeordnet bezw. einer Mittelgruppe,wenn weder Unbefangenheit noch ein anhaltender Leidensdruck vorlagen.Die Faktoren wurden dann in Relation zu diesen drei Gruppen gesetzt.

Für die bisherige Dauer der Krankheit fand sich folgende Gruppierung:



Aus der Übersicht ist ersichtlich,daß mit zunehmender Krankheitsdauer der Anteil der Patienten steigt,bei denen ein zeitweiliger oder dauernder Leidensdruck mit Beeinträchtigung der Lebensstimmung besteht,während zu Beginn der Krankheit bei den meisten eine Unbefangenheit besteht.Der Patient fühlt sich zunächst nicht krank,da ihm die zentrale Krankheitssymptomatik, der Anfall,verschlossen bleibt.Die Ernsthaftigkeit des Geschehens bagatellisiert er vor sich,wobei er der Annahme einer mit solchem Makel behafteten Krankheit Widerstand leistet.Er kann die im Sinne Parsons „institutionalisierte Rolle des Kranken", nämlich die Befreiung von der normalen Rollenverpflichtung und Verantwortlichkeit,nicht annehmen,da er sich damit der nicht gewünschten Diffamierung aussetzt.Ein Krankheitsgewinn ist somit für ihn niemals möglich.Er muß somit die Rolle eines „nichtkranken Kranken" übernehmen.Nur die beiden weiteren Thesen,die Verpflichtung zum Willen,gesund zu werden,und die Verpflichtung,fachkundige Hilfe zu suchen und mit dem Arzt im Rahmen einer komplementären Rollenstruktur zusammenzuarbeiten, bleiben ihm annehmbar.Diese letzte These bleibt aber wegen des erheblichen Widerstandes gegen die Krankheit in den meisten Fällen unberücksichtigt,da sie bedeutet,die Krankheit vor sich akzeptieren zu müssen.Hierin liegt eine Begründung,daß vom Patienten über einen langen Zeitraum hinweg nicht mit einem chronischen Leiden gerechnet und Heilung erwartet wird.Tritt auch noch ein längeres,anfallsfreies Intervall auf,verschwinden weitgehend auch untergründige Befürchtungen.

F.B.(2) Er habe erst spät gemerkt,daß es sich um ein Leiden für immer handele.Nach einem fünfjährigen,anfallsfreien Intervall habe er nicht mehr mit Anfällen gerechnet.Jetzt wisse er,daß es ohne Tabletten nicht gehe.

Die stabile Phase der relativen Zuversicht betrug im allgemeinen drei bis sechs Jahre.Bei Tumorpatienten war sie zwangsläufig kürzer.

E.M.(1o) Von den Tumorpatienten,die er von der Klinik kannte, seien alle gestorben.

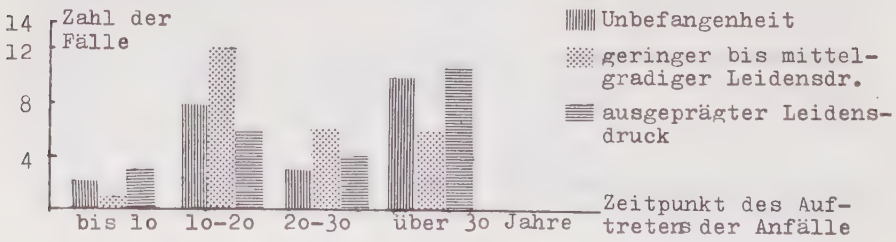
Ein gewisser Zweckoptimismus kann auch noch nach längerer Zeit positive Akzente setzen.

A.R.(27) leidet seit 18 Jahren an großen und kleinen Anfällen, jetzt vorwiegend Absencen. Beruflich hat er große Schwierigkeiten, die Stimmung ist subdepressiv. Die geplante Heirat läßt jedoch einen gewissen Optimismus auf Heilung aufkommen.

Meist finden sich bei langer Krankheit aber Resignation und Hoffnungslosigkeit.

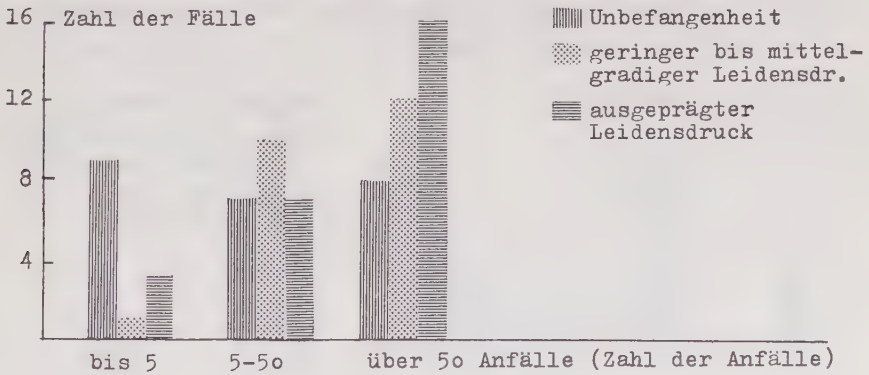
R.F.(5) „Manche sind gesund geworden, aber es gibt auch welche, die werden nicht mehr gesund. Ich glaube nicht, daß es bei mir besser wird.
F.B.(8) Er habe sich damit abgefunden, daß er auf der Schattenseite des Lebens weilen müsse.
R.B.(11) In leichten Fällen sei die Krankheit wohl heilbar, er müsse sie mit ins Grab nehmen.

Betrachtet man nun die allgemeine Lebensstimmung zur Zeit der Untersuchung in Relation zum Alter, in dem die Anfälle erstmals auftraten, so muß man feststellen, daß sich allgemeine Gesichtspunkte nur schwer herausschälen lassen. Sicher ist das Auftreten von Anfällen für ein Mädchen im heiratsfähigen Alter besonders einschneidend und hinterläßt Spuren in der späteren Lebenseinstellung, wenn eine Ehe nicht zustande kommt. Ähnliches gilt beim Mann für die vulnerable Zeitspanne der Ausbildung, in der er sich in seiner Berufswahl und seinen Berufswünschen beschnitten sieht. Darüber hinaus findet aber kein Anhalt, daß der Beginn der Anfälle in einer bestimmten Lebensphase, der Kindheit, der Jugend, dem mittleren und späteren Altersbereich spezifischen Einfluß auf das jeweilige Lebensgefühl hat. Dies geht auch aus folgender Übersicht hervor.



I,3 Anzahl und Frequenz der Anfälle

Für die Anzahl der auftretenden Anfälle besteht anfangs das, was Jaspers das „Sich-nicht-darum-kümmern" und die Selbstbeherrschung zur Aufrechterhaltung des normalen Lebens nannte. Bis zu drei Anfällen wird selten mit einem erneuten Auftreten eines Anfalls gerechnet, aber auch dann kommt es nicht zu einer radikalen Umstellung im vitalen Selbsterleben. Es treten dann jedoch subjektiv zusätzlich Faktoren auf, die den Anfällen ein größeres Gewicht verleihen. Jeder erneute Anfall birgt die Gefahr zunehmender physischer, psychischer und sozialer Komplikationen. Dies zeigt sich auch in der Übersicht. Bis zu fünf Anfällen findet sich ein deutliches Überwiegen von Unbefangenheit. In Abhängigkeit von der individuellen Situation kommt es dann, muß aber nicht, zu einer Beeinträchtigung des Lebensgefühls.



Die Anfallsfrequenz wirkt auf den Epileptiker wesentlich direkter als die Gesamtzahl der Anfälle. Sie ist der Schwere des Krankheitsbildes proportional. Seltenes Auftreten führt nur in Ausnahmefällen zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Lebensgefühls. Selbst monatliches Auftreten muß nicht zu einer

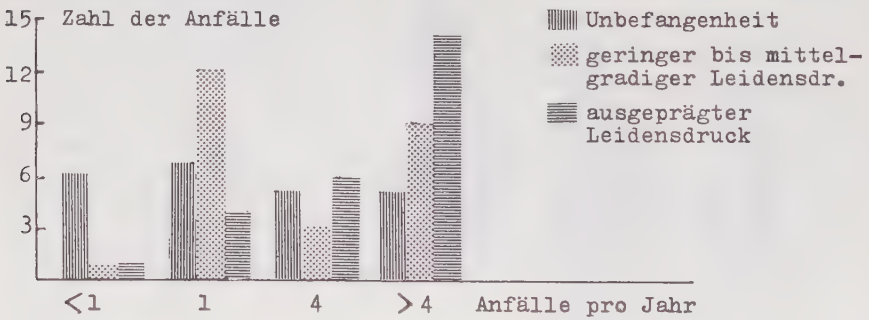
verzweifelten Lage des Patienten führen.Ein weiteres Ansteigen der Anfallsfrequenz bedeutet aber eine wesentlich höhere Belastung und führt zu Unsicherheit und depressiver Stimmungslage.Aber auch hier gibt es Ausnahmen,wie folgender Fall zeigt.

M.I.(65) leidet seit dem zweiten Schwangerschaftsmonat unter epileptischen Anfällen.Die Häufigkeit hat langsam aber stetig zugenommen,sodaß im siebten Monat fast täglich,in völlig unregelmäßigen Tagesrhythmus Anfälle auftraten.Die Freude auf das Kind,die Tatsache,daß die Anfälle erst in der Schwangerschaft auftraten und die feste Überzeugung,daß diese nach der Gravidität wieder aufhören,überwogen gegenüber Furcht,Angst und Unsicherheit.

Ein Beispiel,wie die verschiedensten Faktoren miteinander interferieren können.

Absencen,Jacksonanfälle etc. scheinen selbst bei täglich mehrmaligem Auftreten erhebliche Selbstschutzmechanismen auszulösen,so daß ihre Wirkung erst bei sehr häufigem Auftreten ein stärkeres Gewicht erhält.Im Zusammenhang mit grand mal spielen fast immer die großen Anfälle die primäre Rolle.

In der Übersicht wird die Abhängigkeit des Leidensdrucks u.a. von der Anfallsfrequenz ersichtlich.

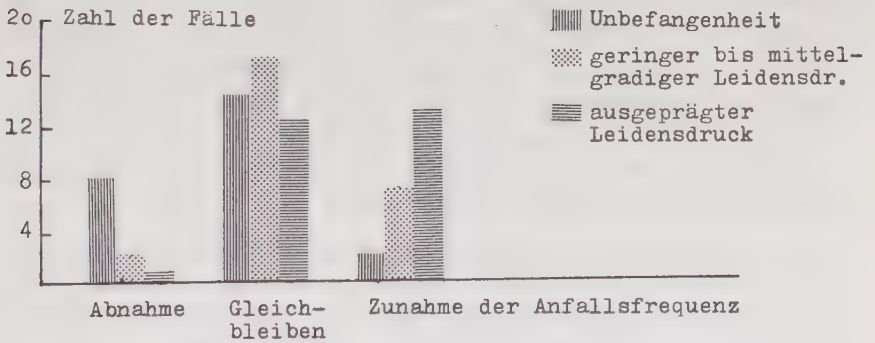


I,4 Abnahme bezw. Zunahme der Anfallsfrequenz

Das vitale Selbsterleben der Krankheit schwankt in einer gewissen Abhängigkeit von der Änderung der Anfallsfrequenz.

Erweckt doch eine Häufung von Anfällen den dringenden Verdacht auf eine zunehmende Verschlechterung der Krankheit,so wie eine Verminderung ein Sistieren erhoffen läßt.Dabei spielen natürlich auch Erfahrungen,die der Patient gemacht hat,eine Rolle. Wer nach einer Besserung Anfallsfreiheit erhofft hat oder gar ein oder mehrere Jahre anfallsfrei war und einen Rückschlag erlitten hat,wird bei einer erneuten Besserung kritischer sein. Auch wird eine allmähliche Besserung nicht die gleiche Hoffnung erwecken wie ein schnelles Anfallsfreiwerden.Insgesamt wirkt sich eine Verminderung der Anfallsfrequenz jedoch positiv auf die Lebensstimmung aus,wenn die übrige Situation den Effekt nicht unmöglich macht,so,wie eine Häufung von Anfällen das Gegenteil bewirkt.Der Fall der Schwangeren zeigt jedoch, daß auch hier durch die Situation eine Kompensation bewirkt werden kann.Bei gleichbleibender Anfallsfrequenz sind weitgehend andere Faktoren tendenzbestimmend.

Die graphische Darstellung zeigt die Verteilung bei Frequenzwandel der Anfälle.Bei Abnahme ein Überwiegen der unbefangenen Patienten,bei Zunahme ein Überwiegen der Patienten mit erheblichem Leidensdruck.



I,5 Zusätzliche körperliche Beschwerden und Gebrechen

Vom Anfallsleiden unabhängige körperliche Beschwerden können für den Patienten von erheblicher Wertigkeit sein,mitunter so-

gar völlig im Vordergrund stehen.

E.S.(21) hat seit sechs Jahren Anfälle in dreimonatigem Abstand. An die Anfälle habe er sich gewöhnt,da habe sich nichts geändert.Ihn plagten jetzt vor allem die Kreuzschmerzen und die ewige Müdigkeit,das schlage sehr auf die Stimmung und er leide darunter.
P.M.(74) Es besteht eine erhebliche Arteriosklerose,einen apoplektischen Insult hat sie bereits durchgemacht.Bei der Exploration kam sie immer wieder auf ihre artritischen Beschwerden zu sprechen;allein darunter leide sie.

Die Anfälle können aber auch mit gleicher Wertigkeit in einem Komplex von Beschwerden erlebt werden,sodaß zwar ein vielfach geprägter,aber doch mehr allgemeiner Leidensdruck entsteht.

T.K.(79) hat seit einem Schädeltrauma,das sie in der Gefangenschaft erlitt,cerebralorganische Anfälle im Abstand von drei bis vier Monaten.Jetzt klagt sie über multiple Beschwerden vor allem von Seiten einer Osteochondrose,über Schindelattacken und die Anfälle.Die Stimmungslage ist ausgesprochen depressiv. Sie fühle sich als körperliches und seelisches Wrack,einen heilen Körper zu haben,sei ihr sehnlichster Wunsch.

Bei Tumorpatienten,bei denen bereits ein Tumor operiert worden ist,und bei solchen,bei denen ein dem Patienten bekannter Verdacht der Ärzte besteht,drehen sich die Sorgen fast nur um den tumorösen Prozeß.Ist es eine Geschwulst?Ist sie bösartig? Wächst sie weiter? etc.Begleitende weitere Beschwerden,Kopfschmerzen,Schwindel,Paresen,auch wenn sie ausgeprägt sind,treten in ihrer Wertigkeit gegenüber der Angst in den Hintergrund.
Umgekehrt können auch erhebliche körperliche Beeinträchtigungen von minderausgeprägtem Belang sein.

R.D.(12) hat bis vor sieben Jahren große Anfälle seit der Kindheit gehabt.Jetzt bestehen noch etwa alle 14 Tage speech arrest Attacken.Nach einer Strumaoperation hat er tetanische Anfälle bekommen,wehalb eine Nottracheotomie durchgeführt werden mußte. Er trägt jetzt eine Trachealkanüle wegen Narbenkontrakturen der Trachea.Belastend sind für ihn jedoch die speech arrest Attaken,die ihn in seiner mitmenschlichen Kommunikation stören.Außerdem befürchtet er ein Zugrundegehen von Hirnzellen infolge der Anfälle,was ihn sehr beunruhigt.Jedoch habe er Kranke in der Hals-Nasen-Ohrenklinik gesehen,mit deren Krankheitsbildern er nicht tauschen wollte.

Allgemein läßt sich nur soviel sagen,daß körperliche Beschwer-

den erst im Zusammenhang mit weiteren Faktoren,sozialen Schwierigkeiten und sozialer Diffamierung,finanziellen Sorgen,depressiver Stimmungslage etc. an Wertigkeit gewinnen oder gar dominante Wertigkeit einnehmen.Sonst nehmen sie den Platz ein, den ihnen vermutlich auch ein Nichtepileptiker zuordnen würde. Eher spielt der Anfallspatient Beschwerden herunter,als daß er sich über andere Krankheitserscheinungen die Rolle als Kranker verschafft,die er über die Epilepsie nicht erreichen kann.Nur unter besonderen Umständen stellen andere Körperbeschwerden einen Projektionsbereich dar.51 Patienten gaben keine sonstigen Beschwerden an,die anderen führten an:Paresen (6),Magenbeschwerden (5),Kopfschmerzen (4),ferner Nervosität,Gelenkbeschwerden,Sehstörungen etc.

I,6 Auraerlebnis

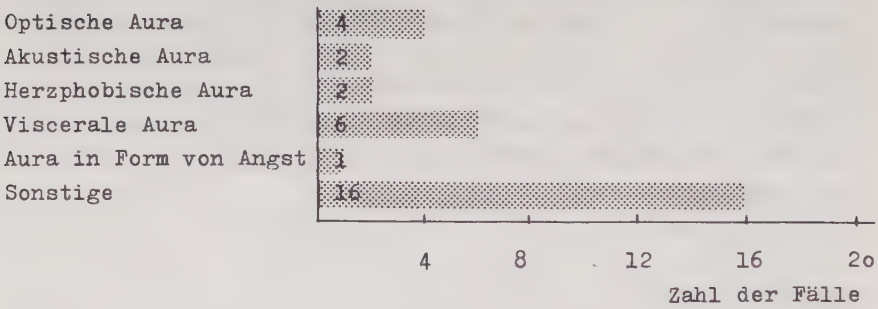
Eine Aura fand sich bei 31 Patienten,ohne daß sie für den Patienten von einer so besonderen Bedeutung gewesen wäre,wie sie Dostojewskij schildert:„Und ich fühlte,daß der Himmel auf die Erde hinabsank und mich verschlungen hatte... Ihr ahnt nicht,welch herrliches Wonnegefühl den Epileptiker eine Sekunde vor dem Anfall durchdringt.In dieser Sekunde durchlebe ich ein ganzes Leben und würde auch für sie mein Leben geben." Er schränkt aber auch ein:„...daß dies Aufschimmern eines „höheren Seins" nichts anderes als Krankheit sei,und daß,wenn es sich so verhalte,dies überhaupt kein höheres Sein sei,sondern ganz im Gegenteil zu allerniedrigsten Art des Seins gerechnet werden müsse." (Aus Dostojewskij:Der Idiot)

Die Erscheinungen wurden von den Patienten dieser Untersuchung vielmehr sachlich,fast ohne Anteilnahme geschildert. Drei von ihnen konnten den Zustand überhaupt nicht näher beschreiben und sprachen lediglich von einem unbestimmten,nicht näher zu definierenden Gefühl.

Im Krankheitserleben spielt die Aura nur eine völlig unter-

geordnete Rolle.Dostojewskij,der vieles sicher besonders intensiv erlebte,kann man als Einzelfall nicht in einer solchen Reihe einordnen.

Folgende Verteilung der Auraerlebnisse fand sich bei den 31 Patienten.



I,7 EEG - Befund und Selbsterleben

Der EEG-Befund gehört trotz seiner enormen Bedeutung für die Diagnostik in den Anhang dieser Betrachtung,da die dem EEG zugrundeliegenden Vorgänge auf das Selbsterlebnis des Anfallskranken keinen unmittelbaren Einfluß haben,sondern höchstens in den Ausdruck des Selbsterlebens eingehen könnten.

Ob psychischen Gemütsverfassungen bestimmte EEG-Veränderungen zugeordnet werden können,wäre nur in einem multivariablen Ansatz bei Verwertung sämtlicher Parameter mit Hilfe der Datenverarbeitung zu klären.

II,1 Alter

Das Lebensalter zur Zeit der Untersuchung ist sicher ebenfalls von Einfluß auf die Einstellung des Patienten zu seiner Lebenssituation,vor allem,wenn man an die Lebensabschnitte der biologischen Krisen,die meist auch mit psychischen Krisen verbunden sind (Delay,Pichot),denkt.

Besonders die Entwicklungszeit stellt für die Jugendlichen eine Unsicherheit in Status und Rolle dar,die von Erwachsenen, von denen sie abhängig sind,festgelegt werden.Diese Unsicherheit kann einerseits dazu führen,daß der Betroffene von diesen Problemen vorwiegend in Anspruch genommen wird.Die Krankheit hat dann nicht solches Gewicht,vor allem,wenn es ein leichtes Anfallsleiden ist.

M.O.(66),eine 17-jährige Verkäuferin,die ursprünglich Näherin gelernt hatte,hat seit zwei Jahren cerebralorganische Anfälle, vorwiegend in Form von Absencen.Nach medikamentöser Einstellung traten noch zweimal am Tag Absencen auf.Sie setzte die Tabletten ab,da sie sie nicht mehr als notwendig empfand,worauf ein großer Anfall auftrat.Seitdem nimmt sie wieder regelmäßig Medikamente.Ihr mache die Arbeit viel Spaß,auch wenn sie anstrengend sei.Über die Krankheit habe sie noch kaum nachgedacht.Es gebe zu viele Dinge,die ihr duch den Kopf gingen.

Andererseits kann das labile Gleichgewicht,in dem sich mancher Jugendliche befindet,und das er auf die verschiedensten Arten wie Rauchen,Mopedfahren,Biertrinken etc. aufrecht zu erhalten sucht,dadurch gestört werden,daß man ihm dies untersagt.

N.K.(15),ein 18-jähriger Lagerist,leidet seit sechs Jahren an großen Anfällen.Von der Persönlichkeit her ist er etwas träge, matt,verschlossen und unsicher.In seinem Leben fühlt er sich eingeengt.Er dürfe keinen draufmachen,nicht trinken,nicht rauchen.Einen Führerschein könne er auch nicht machen.Ein bißchen Fußballspielen und Schwimmen sei das einzige,was er habe.Er wollte Uhrmacher werden,aber das sei zu aufregend für ihn gewesen.Jetzt sei er Lagerist und sehr unglücklich.

Zwischen dem zwanzigsten und dreißigsten Lebensjahr scheint eine relativ stabile Phase zu liegen.Die berufliche Entwicklung

ist meist abgeschlossen.Ist eine berufliche Neuorientierung wegen der Krankheit notwendig,so steht dieser,solange der Patient ledig ist,nichts im Wege.Auch das dynamische Potential ist noch ausreichend für einen solchen Schritt.Eheprobleme spielen,außer bei Frauen,noch keine so große Rolle.

Zwischen dem dreißigsten und vierzigsten Lebensjahr fällt dann eine berufliche Neuorientierung in zunehmendem Maße schwerer und ist häufig mit sozialem Abstieg verbunden.Es ist schwieriger,eine neue Arbeitsstelle zu finden,oder der Mut,nach zahlreichen vergeblichen Versuchen einen Arbeitsplatz zu finden,ist verloren gegangen.

R.F.(5),ein 35-jähriger Maler mit posttraumatischem Anfallsleiden,hat seit neun Jahren Anfälle mit immer wieder intermittierend einsetzenden Verschlechterungen.Zweimal habe er sich schon schwer verletzt,einmal wäre er sechs Meter tief gestürzt,als ihn ein Anfall überraschte.Jetzt sei er berentet. Das sei einerseits beruhigend,andererseits habe er sich noch nicht mit der Situation abgefunden.Wenn er die Leute in seinem Alter zur Arbeit gehen sehe,mache ihn das nervös und kribblig, so untätig daheim sitzen zu müssen.
M.W.(9) ist eine schwerfällige,wenig differenzierte Persönlichkeit mit mittelstark ausgeprägter epileptischer Wesensänderung. Las Anfallsleiden besteht seit 21 Jahren.Von Beruf ist er ursprünglich Müller,hat dann aber in der letzten Zeit nur noch als Hilfsarbeiter bei zahlreichen,verschiedenen Arbeitgebern gearbeitet.Außer unter den Wohnverhältnissen leidet er vor allem unter der Arbeitslosigkeit.Vom Arbeitsamt aus hätte man ihm nicht helfen können.Auf sich selbst gestellt,habe er wenig Chancen,eine geeignete Arbeit zu finden.Der Makel,der der Krankheit anhafte,mache ihn,auf sich selbst angewiesen,bei der Arbeitssuche völlig hilflos.

In diesem Zeitraum ist für die Frau meist auch die letzte Chance geschwunden,einen Ehemann zu finden.Kinderlosigkeit und fehlendes Familienleben führen zu Bitternis.

R.W.(47) Seit dem 16.Lebensjahr bestehen cerebralorganische Anfälle,die früher alle drei bis sechs Wochen auftraten und jetzt im Abstand von zwei Wochen.Sie lebt bei der Mutter und der Schwester.Mit der Schwester habe sie dauernd Ärger,was sie sehr belaste.Für sie gebe es keinen Lebenssinn mehr wie früher: Ehe und Kinder.Ihre einzige Stütze sei der Glaube an Gott.

Zwischen dem vierzigsten und fünfzigsten Lebensjahr treten dann zum Teil schon Alterserscheinungen hinzu,ein vermindertes

Energiepotential,geringere emotionale Belastbarkeit und körperliche Insuffizienzerscheinungen,wie Schmerzen der Wirbelsäule,Gelenke,Herzbeschwerden etc.Bei der Frau können durch zusätzliche klimakterische Beschwerden die Grenzen des Kompensierbaren erreicht werde.

E.H.(49) hat seit 17 Jahren cerebralorganische Anfälle unklarer Genese.Sie ist verheiratet,hat ein Kind und ist Büroangestellte.Das Intelligenzniveau ist überdurchschnittlich.Sie leidet vor allem daran,nicht mehr so zu sein wie früher.Es fehle die Sicherheit,sie sei nachtragend und leicht aufbrausend,weine aber auch wieder leicht.Im Büro könne sie nicht mehr so folgen,sie müsse sich immer konzentrieren:„Früher konnte ich die Dinge beherrschen,jetzt beherrschen mich die Dinge."Sie glaube nicht mehr,die Anfälle loszuwerden.Oft habe sie Suicidgedanken und denke,weshalb sie sich nicht schon längst das Leben genommen habe.

Jenseits des 5o.Lebensjahres stellen Status und Rolle des alternden Menschen ein ernstes Problem und eine häufige Ursache von Konflikten dar (Delay,Pichot).Dazu kommen die üblichen körperlichen Gebrechen und vielleicht das Gefühl eines unerfüllten Lebens,was zu einer desolaten Situation führen kann.

T.K.(79) Sie sehe nicht mehr viel Sinn im Leben,es gäbe nur noch wenige glückliche Momente,sie sei ohnehin ein Wrack und dies,obwohl die übrige Situation keinen Grund zur Klage gäbe: Sie habe ein gutes Verhältnis zu ihrem Ehemann,die Tochter sei mit der Ausbildung fertig,die Anfälle seien seltener geworden, und wirtschaftlich gehe es ihnen gut.

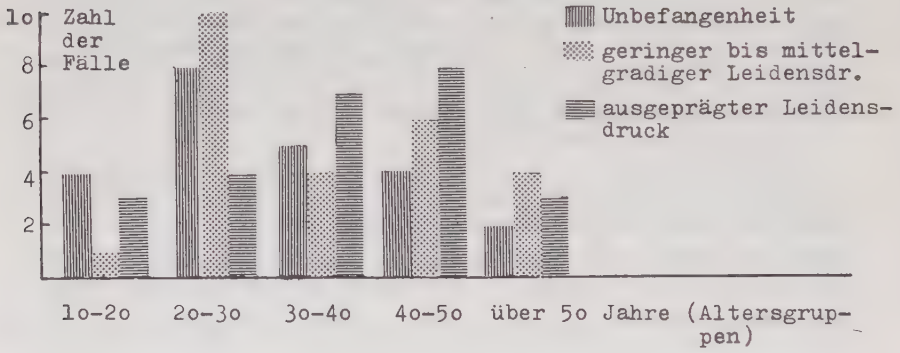
Ein cerebraler Abbau kann die Sorgen auf den täglichen kleinen Ärger und die körperlichen Gebrechen zusammenschrumpfen lassen.

L.S.(45) hat seit einer Pachymeningosis hämorrhagica mit operativer Revision große Anfälle.Es besteht jetzt eine Arthrose der Kniegelenke,ein beginnder Parkinson und häufig Kopfschmerzen.Allein die Kopfschmerzen und die Gelenkbeschwerden,die die meiste Zeit vorhanden sind,belästigen sie.Die Anfälle der letzten Zeit sind schon vergessen.

Allgemein läßt sich sagen,daß der Altersbereich über 3o mit der Situation,die aus der Anfallskrankheit erwächst,schwerer fertig wird,wobei individuell durchaus Abweichungen vorhanden

sind.Man muß jedoch hinzufügen,daß allgemein mit dem Übergang ins vierte Lebensjahrzehnt eine Veränderung der Stimmungslage erkennbar wird,die sich von der unbekümmerten Stimmungsqualität der jüngeren Jahrgänge entfernt (E.Stern).

Die folgende Graphik zeigt die Verteilung auf die einzelnen Altersgruppen.Einfache Abhängigkeiten können bei der Vielzahl von Faktoren,die wirksam sind und zum Teil eine höhere Wertigkeit haben,nicht erwartet werden.



II,2 Geschlecht

Biologische,individuell-psychologische und soziokulturelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen auch ein anderes Verhalten in der Krankheit erwarten.So stehen als Krisenpunkte im Leben der Frau vorwiegend Eheprobleme,frauliche Unausgefülltheit,gestörtes Familienleben und unbefriedigende Ersatzberufe im Vordergrund,während beim Mann die Berufsarbeit vorwiegend Anlaß zu Konflikten bietet (Christian).Diese Probleme gelten auch für den Anfallskranken und können zusätzlich belastend wirken.Vergleiche von gesunden Gruppen mit denen,die verschiedene Krankheiten haben,wären sicher aufschlußreich.Ferner kommt hinzu,daß die heutige Frau vielmehr in die „industriale und bürokratische Öffentlichkeit gerissen wird" (Schelsky).und daß diese Tatsache für die anfallskranke Frau

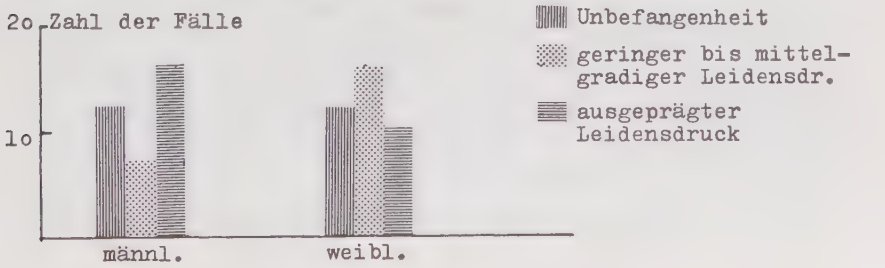
besonders zutrifft,da eine Ehe wegen der Krankheit teilweise nicht zustandekommt.Im Untersuchungsgut waren von 4o Frauen 21 berufstätig,16 Hausfrauen und drei Rentnerinnen (unverheiratet).Dabei muß beachtet werden,daß ein Großteil bei Anfallsbeginn schon verheiratet war.

Für den Mann ist der Anfall beruflich ein Hindernis,sowohl von den Schwierigkeiten her gesehen, ein unvoreingenommenes Verhältnis zu den Kollegen und zum Arbeitgeber zu haben als auch einen Arbeitsplatz zu bekommen,wobei bei Verwehrung eines solchen meist eine erhöhte Unfallgefärdung vorgeschoben wird (Lennox).Die Anfälle kann er meist nicht verbergen und ist so der Öffentlichkeit hilflos preisgegeben.Als nicht berufstätige Frau ist ein Verheimlichen leichter,Einkäufe u.a. werden auf ein Minimum reduziert.Überhaupt wird der soziale Kontakt eingeschränkt,was zu erheblicher Vereinsamung führen kann.

E.E.(77) fühlt sich durch das Zu-Hause-bleiben-müssen sehr in ihrem Leben eingeschränkt.Ihr größter Wunsch ist,sich ausleben zu können,tanzen,Kino u.s.w..Früher sei sie damit zu kurz gekommen,jetzt gehe es nicht mehr.

Auch die postparoxysmale Erschöpfung ist für die Frau zu Hause nicht so belastend.Steht die Frau im Beruf,so sieht die Situation ähnlich wie beim Mann aus.Die Angst vor einem Anfall in der Öffentlichkeit ist bei der Frau ausgeprägter und häufiger.

Allgemein bleibt die individuell-psychologische Geschlechtsunterscheidung unbefriedigend.Die Bedeutung der Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung der Persönlichkeit muß noch als weitgehend offen bezeichnet werden (Gottschaldt).Auch in der Übersicht läßt sich keine unterschiedliche Verteilung erkennen.



II,3 Intelligenz

Die Selbstbeobachtung der Kranken hängt neben dem Interesse an ihrer Krankheit,der psychologischen Begabung,der Kritik auch von der Intelligenz ab (Jaspers).Von der Selbstbeobachtung hängt auch die Bedeutung ab,die die Krankheit für den Patienten gewinnt.Das Spektrum der möglichen Konfliktsituationen steigt mit zunehmender Intelligenz,während die Kompensationsmöglichkeiten nicht in dem Maße zunehmen.

Um zu einem objektiven Anhaltspunkt für die Intelligenz zu kommen,wurde bei den Patienten,mit wenigen Ausnahmen,der Hamburg-Wechsler Test für Erwachsene durchgeführt.

Unterhalb eines I.Q. von 7o waren Leidensdruck,Krankheitsverarbeitung oder ein Krankheitsbewußtsein nicht festzustellen (37,45,74).Die Individuen scheinen bloß in der Umwelt zu leben und nichts von sich zu wissen (Jaspers).

Im unteren Normbereich sind Selbstschutzmechanismen bei nicht zu hoher Krankheitsbelastung in der Lage,ein tragbares Gleichgewicht für den Patienten aufrechtzuerhalten.Die Ansprüche an die Arbeitsstelle und das Leben übersteigen selten die Gegebenheiten.Die Arbeitsmarktlage ermöglicht meist eine kontinuierliche,adäquate Beschäftigung.Vordergründiges wird gerne zur Entlastung bei anfallsbedingt auftretenden Schwierigkeiten herangezogen.Dies kann soweit führen,daß ein Anfallsleiden überhaupt verneint wird.

G.A.(6) hat in zwei Jahren drei cerebralorganische Anfälle gehabt.Im EEG links-temporal ein konstanter Herd.Die Anfälle traten jedesmal nach einer körperlichen Belastung auf.Das erste Mal fuhr er mit einer nicht auskurierten Grippe nachts nach Hamburg,zudem hatte er Alkohol getrunken.Im Anschluß daran trat ein Anfall auf.Auch die beiden weiteren Anfälle traten nach körperlichen Überanstrengungen auf.Für ihn sind lediglich die Überanstrengungen an den Anfällen Schuld.Ein krankhaftes Geschehen liege seiner Meinung nicht vor,eine Behandlung sei nicht notwendig.Er müsse sich halt nur ein wenig vor stärkeren körperlichen Belastungen hüten.

Im oberen Bereich wird die Situation für den Patienten zu-

nehmend diffiziler.Je mehr er beruflich vorwärtsgekommen ist, desto leichter können geringfügige Leistungseinschränkungen seine soziale Position gefährden und auch sein Selbstgefühl und Selbstvertrauen so empfindlich stören.

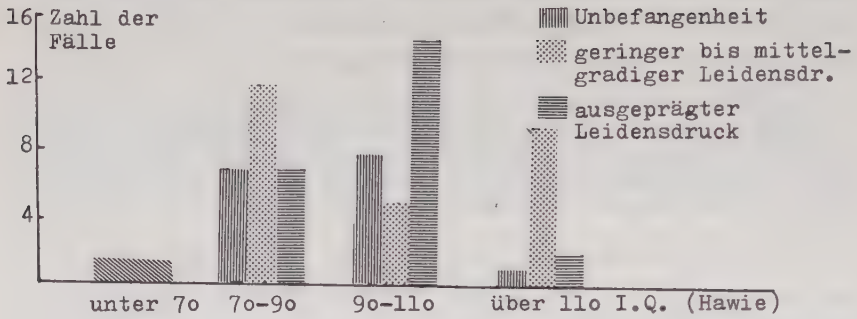
A.R.(23) könne den Arbeitsanforderungen im Betrieb nicht mehr nachkommen,die Atmosphäre sei deshalb sehr gespannt.Wenn er wegen der Krankheit vom Betrieb fortbleiben müsse,habe er Sorgen um seinen Arbeitsplatz.Die Stimmung sei bei ihm depressiv, und er leide sehr an Schlafstörungen.

Im persönlichen Bereich können die kritischen Maßstäbe,die angelegt werden,jede Initiative lähmen.Kann ich einem möglichen Ehepartner die Krankheit zumuten? Ist die Krankheit erblich ? Was ist,wenn es noch schlimmer kommt? Solche Fragen beschäftigen die Patienten.Es tritt eine Entwicklung vom bloßen Krankheitsbewußtsein zur Krankheitseinsicht auf,wobei krisenhafte Zuspitzungen des Krankheitsbildes diesen Vorgang fördern und beschleunigen können.Sicher ist die Prägung der Krankheitseinsicht katamnestisch gesehen Schwankungen unterworfen,der Grundtenor bleibt jedoch im wesentlichen konstant.

Eine überdurchschnittliche Intelligenz führt meist zu einem ausgeprägterem und erweiterten Bewußtsein des eigenen Zustandes, was eine stärkere Problematisierung der Situation zur Folge hat. Die zwangsläufig notwendigen Einschränkungen beschneiden Lebensspielraum,Lebenszielsetzung,Lebenserwartung und Lebenssinngebung in vielfältiger Weise.Es resultiert eine intensiv erlebte Gefangenschaft in der Krankheit,was als Ursache für die zeitweise vorhandenen Suicidgedanken bei den sieben von elf Patienten mit einem I.Q. über 110 mit anzusehen ist.In Anlehnung an W.Schulte könnte man sagen,daß dem Gewinn einer neuen Unbefangenheit die Reflexion über sich selbst und die eigene Situation im Wege stehen,sie sind einander reziprok.

Aus der Graphik der Verteilung der einzelnen Patienten auf die Intelligenzgruppen ist nur die Gruppe mit überdurchschnittlicher Intelligenz bezeichnend:Es fällt der geringe Anteil an unbefangenen Patienten auf.Die Intelligenz in den anderen Bereichen scheint nicht von so hoher Wertigkeit auf das Lebensgefühl

beim Epileptiker zu sein.



II,4 Persönlichkeit und Wesensänderung

Von zentraler Bedeutung für das Krankheitserleben und für die Krankheitseinsicht ist die Persönlichkeitsstruktur. An ihr findet das dauernde Wechselspiel des Subjektes mit der Welt statt, und hier können sich in langdauernder Auseinandersetzung mit der eigenen Situation Änderungen des Persönlichkeitsgesamts im Sinne einer Veräußerlichung, Verinnerlichung, Verwesentlichung, Zentrierung, Verflachung und Sensibilisierung vollziehen. Bei starken Einbrüchen des Schicksals in die Lebenslinie hat J. Rudert die möglichen Persönlichkeitsveränderungen in einer Minderung der Widerstandsfähigkeit und Sicherheit gesehen, in einer Verhinderung mancher Persönlichkeitszüge in ihrer Entwicklung, einer „Verbildung" und „Negativierung" der Persönlichkeit.

Sieht man die „typische" epileptische Wesensänderung unter diesem Aspekt in Verbindung mit der Langwierigkeit der Krankheit, der seelischen Belastung durch die Krankheit und der relativ gleichförmigen psychopathogenen Wirkung des sozialen Umfeldes, so wird man annehmen müssen, daß es sich, nach Abzug der hirnorganischen Symptomatik, vorwiegend um eine reaktive Verhaltensstörung handelt. Hierher gehören Mißtrauen, Überempfind-

lichkeit,Reizbarkeit,Selbstunsicherheit,gesteigertes Geltungsbedürfnis,Egozentrizität,Hypersozialität,Bigotterie etc.
Nur selten ist sich der Kranke eines Wandels seiner Persönlichkeit bewußt,ist die Selbstreflexion in diesen Bereich vorgedrungen.

E.H.(49) ...es fehle die Sicherheit,sie sei leicht aufbrausend und nachtragend.

Es besteht nur ein begrenzter Bereich,der zwingend objektiv gewußt werden kann;darüber hinaus sind Auffassung und Stellung des Menschen zu sich in unendlicher Bewegung (Jaspers).

III,1 Beruf

Die berufliche Situation des Epileptikers läßt sich gut mit der Minoritätentheorie Barkers darstellen,der in Anlehnung an die nordamerikanische Sozialpsychologie im Behinderten den Angehörigen einer Minorität sieht,deren Anpassungsbemühungen an die Leistungsnormen und Lebensgewohnheiten der Majorität,nämlich der Gesunden,auf mehr oder minder bewußte emotionale und irrationale Vorurteile der Nichtbehinderten stoßen,deren Skala vom herablassenden Mitleid bis zu unbewußter Ablehnung reicht. Die konfliktgeladene Situation verurteile den Behinderten in den Augen der Gesellschaft zur Rolle des „marginal man" und lasse ihn sich selbst als Außenseiter erleben,wenn es nicht gelinge,diese Minderprivilegierung im Zuge der Rehabilitation wieder aufzuheben (zitiert n.Scharmann).Gerade an dieser Stelle versagt die Gesellschaft.W.Schulte hat auf die erschreckende Diskrepanz zwischen dem therapeutischen Fortschritt einerseits

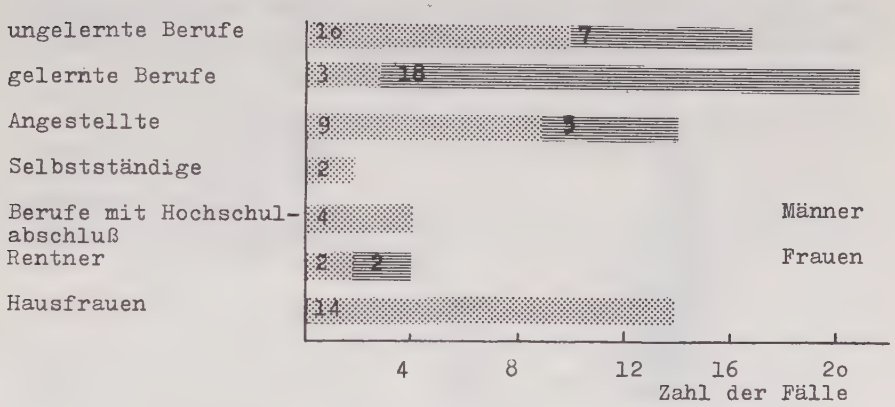
und der Rückständigkeit des „Empfangsraumes in der Gesellschaft" andererseits hingewiesen -, einer Gesellschaft, die immer noch Anfallskranken gegenüber nach der Devise handelt: „Hinaus oder garnicht erst hinein."

Der Vorgang der Elimination aus dem Sozialgefüge geht jedoch in den seltensten Fällen abrupt vor sich. Meist kann der Anfallskranke seine Anfälle eine gewisse Zeit geheim halten. Die Tatsache seines Leidens wird erst auf Umwegen in der Firma bekannt oder ein im Betrieb auftretender Anfall bringt die Krankheit an den Tag. Er hat also die Möglichkeit, sich über einen mehr oder weniger langen Zeitraum auf diese Situation einzustellen und sie durch ein entsprechendes Reagieren zu entschärfen. Bis auf diejenigen, die sich nicht als krank ansahen oder mit keinen weiteren Anfällen rechneten, hatten sich alle diese Situation vor Augen geführt. Für viele entsteht durch die Angst vor einem Anfall in der Öffentlichkeit eine fortwährende seelische Belastung, die sie immer mehr in die Isolierung treibt. Da jedoch der Beruf die wesentlichste Kontaktstelle für den Menschen in unserer Gesellschaft ist (Schelsky), verliert der Kranke durch seine Isolierung im Beruf jeden Fürsprecher. An einen beruflichen Aufstieg ist überhaupt nicht zu denken, vielmehr ist bei einem notwendigen Arbeitsplatzwechsel mit einem Abstieg zu rechnen. Dies war bei sieben der elf Handwerker dieser Untersuchung der Fall, die ihre Arbeitsstelle wechseln mußten. Bei keinem der Untersuchten fand sich ein Aufstieg.

Erschwerend für die soziale Anpassung und berufliche Einordnung kommen noch psychoreaktive (und hirnorganisch) bedingte Verhaltensstörungen hinzu, die wiederum Anlaß zur Verstärkung der schon primär vorurteilsbedingt bestehenden Ressentiments und Aversionen ihnen gegenüber geben (Stollreiter). Es tritt zur Organkrankheit eine Situationskrankheit als „zweite Krankheit" hinzu (V.v.Weizsäcker). Am meisten gefärdet sind in dieser Hinsicht natürlich die Patienten mit häufigen Anfällen am Tag oder mit häufigen Absencen. Stetiger beruflicher Abstieg, Invalidierung, völlige Isolierung und Resignation stehen am Ende dieser Entwicklung. Eine geschickte Intervention kann hier nützlich sein.

F.E.(32) leidet seit vier Jahren an sehr unregelmäßig am Tag auftretenden Anfällen.Zeitweise sind zwei Anfälle im Monat, dann wieder zwei an einem Tag.Seinen Flaschnerberuf hat er aufgeben müssen.Der Hausarzt hat sich dann um eine sichere Stelle gekümmert,und so sitzt er jetzt mit einem Kollegen in einem separaten Raum.Dieser schließt die Tür,wenn ein Anfall auftritt, und weiß Bescheid,was er bei einem Anfall zu tun hat.

Folgende Graphik gibt eine Übersicht über die Berufe der Patienten.



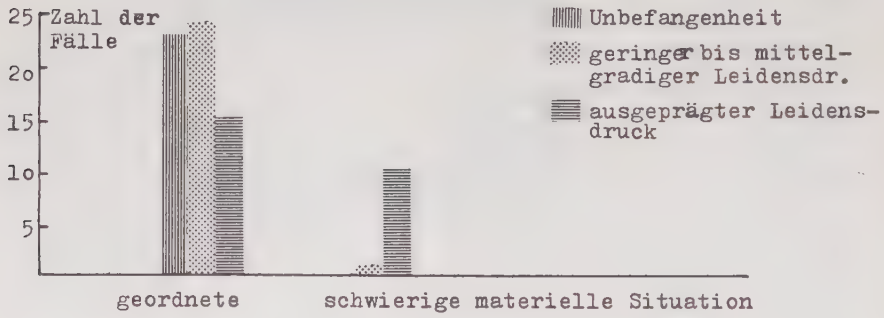
III,2 Materielle Situation

„Gesundheit ist ein sozialer Begriff.So ist sie überhaupt erst sinnvoll steigerbar,wenn das Leben,worin sie steht,nicht selber von Angst,Not und Tod überfüllt ist."(Ernst Bloch) Die materielle Not kann den Anfallskranken in eine äußerst krisenhafte Konfliktsituation führen,die um so schmerzlicher ist, da er häufig unverschuldet in sie hineingeraten ist.Gemäß der institutionellen Definition der Krankenrolle ist der Kranke als nicht „verantwortlich" für seine Lage zu betrachten - „er kann nichts dafür" (Parson).Dies scheint soziologisch gesehen für den Epileptiker nicht zu gelten.Schuldgefühle - ob einge-

standen oder nicht - sind die Wurzel der hartnäckigen Vorurteile,denen Anfallskranke und ihre Angehörigen noch ausgesetzt sind (Janz).

Er selbst kann sich aus dieser Situation kaum befreien,da die Ursachen,die ihn hierhin führten,weiterhin bestehen bleiben.Erschwerend kommt hinzu,daß durch die materielle Not auch eine Spannungssituation hineingetragen wird,die ihm diese häufig letzte Stütze nimmt.

Die Aufschlüsselung des Patientengutes in dieser Hinsicht zeigt die Valenz,die diesem Faktor zukommen kann.Unbefangenheit findet sich nur bei einem Fall in schwieriger materieller Situation.



III,3 Familie

Allgemein hat die Familie eine protektive Bedeutung für die einzelnen Familienmitglieder (M.Pflanz).Dies trifft in hohem Maße auch für den Anfallskranken zu.Die sicher zunächst erheblichen emotionalen Anpassungsprobleme lassen sich erstaunlicherweise häufig relativ spannungslos lösen.Die Tendenz des Anfallskranken,aus seiner Krankheit nicht viel her zu machen oder sich nicht in die Krankheit zu flüchten,sein fast im Gegenteil häufiges Bemühen,sein Leiden zu überspielen,und die Hypersoziali-

tät als Zeichen seines Bemühens,ein vollwertiger sozialer Partner zu sein,erleichtern diesen Anpassungsvorgang.Gerade in der Familie liegt ein entscheidender Faktor für die Erhaltung des Selbstwertgefühls beim Epileptiker.

F.E.(32) Manchmal im Winter überkomme es ihn,wenn er an die Krankheit denke.Aber dann komme einer der Buben,und er finge sich wieder.Wenn er keine Familie hätte,würde er schon dösig werden.

Ist dagegen das Familienleben gespannt,so entsteht ein zusätzliches Konfliktfeld,von dessen Ausmaß im Zusammenhang mit der Gesamtsituation der Leidensdruck abhängig ist.Aber auch, wenn sich der Ehepartner indifferent verhält,kann dies eine erhebliche Belastung darstellen.Es fehlt der für den Anfallskranken so wichtige Resonanzboden in der Familie.

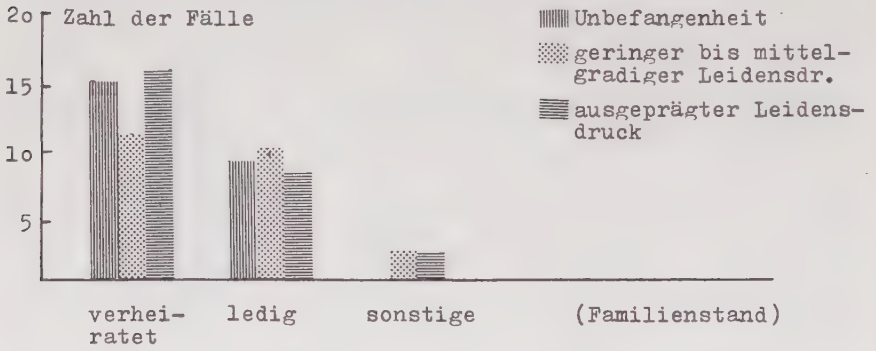
D.D.(46) Ihr Mann sei ein großes Kind,er sei leberkrank und sei mit seiner Krankheit sehr beschäftigt.Streit gebe es nicht,aber ihre Sorgen müsse sie alle allein tragen.

Für den Ledigen ist die Lage in vieler Hinsicht noch unglücklicher.Ist er jünger und wohnt er bei den Eltern,so macht sich auch noch bei Erwachsenen „overprotektion" in vieler Hinsicht negativ bemerkbar.Die für ihn so notwendige Selbst - und Eigenständigkeit im sozialen Zusammenleben fehlt ihm,und er steht den von ihm geforderten Aufgaben hilflos gegenüber.Die so dringend erforderliche Anerkennung als vollwertiger Mensch bleibt sowohl im Beruf als in der Familie aus.Ein unsicherer,von Schuld - und Minderwertigkeitsgefühlen geplagter,lebensuntüchtiger Mensch kann die Folge solcher Entwicklung sein.

Aber auch sonst ist der ledige Anfallskranke vermehrt gefährdet.Schon allein das Sozialprestige ist besonders bei Frauen geringer (M.Pflanz).Darüber hinaus besteht durch das Fehlen eines zwangsweise notwendigen Kontaktes,wie er in der Familie gegeben ist,die Gefahr zunehmender Isolierung aus Verbitterung. Die Geborgenheit,die dem verheirateten Anfallskranken eine gewisse innere Stabilität gibt und ihm bei einer Verschlechterung des Krankheitsbildes eine Hilfe ist,fehlt.

Bei Geschiedenen und Verwitweten ist die Lage ähnlich wie bei Ledigen.Erwachsene Kinder können ein stabilisierendes Element bilden.

Eine insgesamt positiv gefärbte Lebensstimmung fand sich bei ledigen Anfallskranken bei guter sozialer Einordnung,wenigen Anfällen,kurzer Krankheitsdauer und einer gewissen Indolenz. Eine vorwiegend negative Lebensstimmung fand sich bei den verheirateten Patienten mit hoher Anfallsfrequenz,langer Krankheitsdauer,sozial schlechten Verhältnissen,progredientem Verlauf und Tumor.Aus folgender Graphik ist dies nicht zu entnehmen,da erst im Zusammenhang mit anderen Faktoren der Familienstand an Wertigkeit gewinnt.

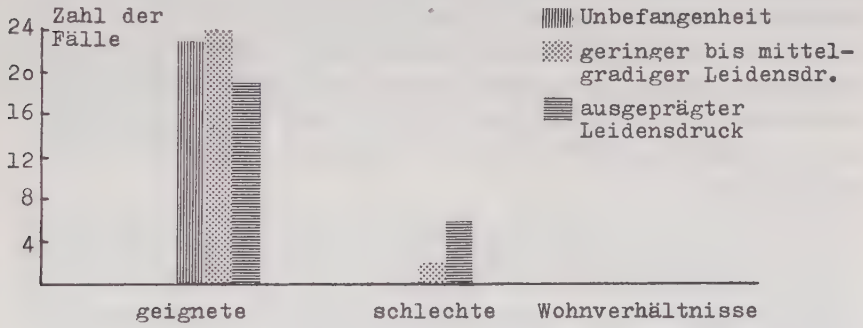


III,4 Wohnverhältnisse

Die Wohnverhältnisse wirken sich auf die Befindlichkeit wohl jedes Menschen aus.Nicht zuletzt entstehen aus beengten Räumlichkeiten Spannungssituationen,die sonst vermieden werden können.Ausreichender,ungestörter Schlaf und Vermeidung von Unruhe, die sich zwangsweise ergibt,wenn z.B. sechs Personen in zwei Zimmern wohnen (9),sind gerade für den Epileptiker wichtig. Ergänzend muß man noch die Wohnregion erwähnen,die von gewis-

ser Wirkung auf die soziale Situation des Anfallskranken sein kann. Hier ist nicht so sehr an die Gegensätzlichkeit von Stadt und Land gedacht, was heutzutage nach Baumert ohnehin als überholt anzusehen ist, sondern vielmehr an einige regionale Gebiete, in denen noch ein starker Aberglaube verwurzelt ist.

Die Graphik zeigt die Abhängigkeit der Lebensstimmung bei schlechten Wohnverhältnissen, auch wenn hier bei Indolenz eine gewisse Unbefangenheit bestehen kann.



B. EXPLORATION

I. Die Krankheit in der Retrospektion

I,1

Bei der Epilepsie erwartet man auf den ersten Anfall eine erhebliche Reaktion. Besteht doch bei Beginn der Krankheit die Symptomatik gleich in voller Ausprägung, wenn man von den Fällen absieht, wo zuvor kleine Anfälle oder Anfallsäquivalente bestanden haben. Welche Gedanken gehen dem Patienten nach dem ersten Anfall durch den Kopf? Angst, Hilflosigkeit, Verzweiflung - ist das die Reaktion?

W.E.(17) leidet seit dem achten Lebensjahr an einer Temporallappenepilepsie unklarer Genese. Er sei mit den Anfällen groß geworden, da nehme man solche Krankheiten leichter. Anfangs habe er sich keine Gedanken gemacht. Erst als er älter war und die Anfälle häufiger kamen, habe man ihn gehänselt und einen Deppen genannt. Dies habe ihn schwer bekümmert, zumal er in den Leistungen nicht schlecht war und auch Preise bekommen habe.

Angst findet sich bei 12 Patienten nach dem ersten Anfall. Es kann sich dabei um eine nicht näher zu definierende, unreflektierte Angst handeln. R.B.(11) spricht von einer Heidenangst, G.S.(48) von einer einfachen kindlichen Angst. Sie hatte als kleines Kind Anfälle gehabt, darüber im Tagebuch ihrer Mutter gelesen und mit elf Jahren erneut Anfälle bekommen. Mit einem reflektiven Moment findet sich Angst vor dem Überschnappen (6), dem Irrsinnig-werden (61) oder dem Durchdrehen (21).

Nach der Phase der Bewußtlosigkeit entsteht in Unkenntnis des Gewesenen und aus dem Gefühl der eigenen Hilflosigkeit heraus die emotionell geprägte Angst entweder vor einem Ungewissen oder aus Reaktion auf die entsetzte Umwelt. Manchmal sicher auch autochthon im Rahmen eines depressiven, postparoxysmalen Zustandes.

Nach einem Augenblick der Verwunderung kann aber auch aus

dem Bemühen, sich der eigenen Lage bewußt zu werden, sofort versucht werden, das Vorgefallene zu rekonstruieren, sich klar zu werden, wie das möglich war. So drehten sich bei 22 Patienten die Gedanken um die mögliche Ursache, oder es wurde krampfhaft nach einer gesucht. Dies enthob die Patienten dann gern weiterer Sorgen, da die Ursache den Anfall meist zu einem einmaligen, harmlosen Geschehen stempelte.

Andere sind nach dem Anfall völlig hilflos, wobei der nächste Schritt wieder die Suche nach der Ursache sein kann. So berichtet Frau E.A.(75): „Ihr Mann habe ihr den ersten Anfall geschildert, sie selbst habe von alledem nichts bemerkt. Sie sei völlig ratlos gewesen und habe später versucht herauszufinden, wie es dazu gekommen sein könne." Auch wird bei einigen versucht, die Unsicherheit zu verdrängen.

C.U.(13) berichtet, ihm sei völlig unklar gewesen, wie es zu alledem gekommen sei. Bis zur Konsultation des Arztes hätte er sich bewußt keine Gedanken gemacht.

Einen Schreck bekam F.E.(32), der gerade ein Gerüst besteigen wollte, als ihn ein Anfall überraschte. Fast das Gegenteil findet sich bei einem anderen Patienten.

P.S.(3) erlitt den ersten Anfall morgens im Bett. Er habe Drehschwindel gehabt und sei innerlich sehr verkrampft gewesen. Danach habe er sich erleichtert gefühlt. Die Entspannung habe gut getan.

Überraschend häufig wird jedoch geäußert, man habe sich zunächst keine Gedanken gemacht. Das war bei 25 Patienten der Fall, während nur einige angaben, sich nicht erinnern zu können. Nun muß man sicher einschränken, daß ein Teil derjenigen, die meinen, sich keine Gedanken gemacht zu haben, sich der damaligen Situation nicht erinnern können. Rückschließend kann man vielleicht in Anbetracht der Tatsache, daß die Verläßlichkeit der Erinnerung für angenehme Ereignisse am höchsten, für unangenehme gering und für neutrale am geringesten ist (Scheuch) sagen, daß es sich wohl um ein neutrales Ereignis gehandelt habe. Eine verminderte postparoxysmale Kritikfähigkeit erleichtert möglicherweise diese indifferente Haltung.

I,2

Eng verbunden mit der ersten Frage hängt die zweite zusammen: Was vermuteten Sie,um was es sich handeln könnte nach dem ersten Anfall? Die erste Reaktion war ja häufig der Gedanke um eine mögliche Ursache.Bei den in der frühen Kindheit auftretenden Anfällen entfällt auch diese Frage.

Zunächst sollte man sich jedoch die Frage stellen,inwieweit der Anfallskranke überhaupt in der Lage ist,den Anfall richtig einzuordnen.Ihm entgeht das typische des epileptischen Anfalls, die tonisch-klonischen Krämpfe,und nur wenn ihm der Anfall entsprechend geschildert würde,wäre er in der Lage,die Diagnose zu stellen.Außerdem muß er das Krankheitsbild kennen,und hier herrschen eben häufig diffuse Vorstellungen,so daß eine Einordnung erschwert ist.

Am häufigsten wurde ein Ohnmachtsanfall vermutet (acht Fälle). Er entspricht in seiner Symptomatik am ehesten dem epileptischen Anfall aus Sicht der Patienten.Ähnlich liegen die Verhältnisse beim Sonnenstich und Hitzschlag.Entsprechende Wetterverhältnisse waren der Anhalt für diese Vermutung.

G.O.(22) sei stark der Sonne ausgesetzt gewesen und ihm war übel,sodaß er einen Sonnenstich vermutete.
F.E.(32) sei als Flaschner auf dem Bau tätig gewesen.Es sei ein heißer Tag gewesen.So hielt er es für einen Hitzschlag.

Nervosität und nervliche Belastung werden bei sechs Patienten angegeben,drei vermuteten einen Herzanfall.R.S.(7) meinte:er habe schon immer ein schwaches Herz gehabt.Ferner werden angeführt:Occipitalpunktion,Periode,Magenbeschwerden,Operation, Spritze,eine Art Vergiftung und Schlaganfall.Bei 26 Patienten fand überhaupt keine Einordnung statt,teilweise aus einer gewissen Gleichgültigkeit und Indolenz heraus,aber auch aus der Befürchtung,es könne sich etwas Ernsthaftes entwickeln.

Eine gewisse Sonderstellung nehmen die traumatischen Schäden des Gehirns ein.Hier wurde zwar der Anfall auf die Ursache bezogen,ohne ihn jedoch als epileptischen Anfall einzuordnen. Im einzelnen handelte es sich um Impressionsfrakturen,Commotio,

Contusio,Granatsplitterverletzung und Hirnoperationen.

K.H.(1) hatte einen Motorradunfall mit Impressionsfraktur,die eleviert wurde.Es bestand eine dreitägige posttraumatische Bewußtlosigkeit.Der erste Anfall trat fünf Jahre später auf. Als er im Krankenhaus erwachte,habe er sich zunächst gefragt, wie er dahin komme.Als man ihm sagte,daß er einen Anfall gehabt hätte,habe er ihn sofort mit dem Motorradunfall in Zusammenhang gebracht.

Nicht nur in diesem Fall,sondern auch in anderen Fällen,wo ein langes Intervall zwischen Hirnschädigung und Anfall bestand (bis zu zwanzig Jahren),wurde der Anfall unmittelbar auf das Trauma bezogen.

E.H.(2o) hat im Krieg eine Hirnverletzung durch Granatsplitter mit im Kopf verbliebenem Fremdkörper erlitten.2o Jahre später kam es dann erstmals zu cerebralorganischen Anfällen. Er habe das (den Anfall) eigentlich gleich mit der Hirnverletzung in Zusammenhang gebracht„das lag ja auf der Hand."

War kein ursächlicher Grund für den Patienten unmittelbar ersichtlich,so wurde nach Ursachen gesucht.Fünf Patienten gaben Überanstrengung an.

W.N.(14) er habe geglaubt,daß es von der Überarbeitung komme. Er habe damals schwer schaffen müssen.
T.K.(79) das war die nervliche,seelische und körperliche Überanstrengung im Lager.
M.W. (2) sieht die Ursache in einem psychischen Trauma.Er habe zusehen müssen,wie Frauen von Soldaten vergewaltigt wurden. Außerdem wurde er gleichzeitig mit einer Maschinenpistole bedroht.Damals war er 14 Jahre alt.

Zusammenfassend wird der erste Anfall kaum als Zeichen oder Beginn einer Krankheit gewertet.Es kommt entweder zur Annahme eines episodischen krankhaften Zustandes oder zur Ablehnung einer Krankheit.

Einzig und allein herausfallend war bei einer Patientin die Annahme eines Schlaganfalls,sozusagen die Annahme eines prognostisch ernsten Leidens.Wenn man sich hier die näheren Umstände vor Augen hält,wird dies verständlich.

D.D.(46) ist selbstständiger Kaufmann und leidet seit zwei Jahren an epileptischen Anfällen.Schon zu Beginn des Leidens schu-

fen eine Vielzahl von Sorgen eine nahezu hoffnungslose Situation:Finanzielle Schulden,Gerichtsvollzieher,betrogen von den Angestellten,ein Mann,der krank ist und sich gehen läßt, die Kinder in einem Heim.Bei ihr zahlreiche funktionelle Beschwerden und vermutlich klimakterische Beschwerden.Ist in solcher Lage ein Schlaganfall nicht eine annehmbare Lösung für eine sthenische,fleissige,selbstbewußte Frau?

Die bei den ersten Fragen gemachten Beobachtungen decken sich somit im wesentlichen mit denen von T.Parson,der allgemein von zwei Reaktionsformen spricht,dem emotionalen Schock am Beginn der Krankheit und der Angst hinsichtlich der Zukunft. In Bezug auf beide besteht Grund zur Annahme,daß die meisten normalen Menschen in unrealistischem Vertrauen zu der Meinung neigen,es werde schon alles gut gehen.Werden sie tatsächlich krank,so besteht die Neigung,die Chancen einer schnellen und vollständigen Genesung zu überschätzen.Ein erster Anfall ist nur in Ausnahmefällen in der Lage,eine tiefe Erlebnisspur im seelischen Gefüge des Betreffenden zu hinterlassen,im Gegensatz zum sozialen Gefüge.Ein einziger Anfall genügt oft für den Betrieb von heute,den Betroffenen als unbrauchbar auszuschalten und nicht wieder einzustellen (W.Schulte).

I,3

Das Leben während der Krankheit wird geprägt von Hoffnungen und Befürchtungen,eingestandenen und nicht eingestandenen,bewußten und mehr untergründigen,berechtigten und unberechtigten, sowohl bezogen auf die Krankheit als auch auf den sozialen Bereich.Was die Krankheit betrifft,so müssen im Laufe der Zeit von ihr gewisse Vorstellungen beim Patienten entstehen.Weiß er,welche Art Anfälle er hat? Hat man ihn aufgeklärt und wer?

Erstaunlicherweise muß man feststellen,daß es zahlreiche Patienten gibt,die ihre Diagnose nicht kennt,insgesamt 17.Hierin sind allerdings auch zwei Patienten mit fortgeschrittener Cerebralsklerose und deshalb starker Vergeßlichkeit enthalten.

Die Motivation für diesen Sachverhalt liegt zum Teil darin

begründet,daß der Kranke bewußt nichts davon wissen will.Er will nicht krank sein oder fürchtet die Diagnose:„Er überlasse das (die Diagnose) der Kunst der Ärzte (9)" oder „er werde sich doch nicht verrückt machen lassen (29)".Es tritt ein Verneinungsmechanismus (Delay,Pichot) auf,der sich auch darin zeigt,daß der Anfallskranke den Arzt garnicht fragt, wenn dieser nicht von sich aus Stellung nimmt.Es wird dem Patienten jedoch auch oft schwer gemacht.

F.B.(2) Ursprünglich wußte er nicht,worum es sich handele. Der Hausarzt hat drumrum geredet,als er ihn gefragt habe.Die Diagnose erfuhr er dann vom Packungsprospekt des verschriebenen Medikaments.

Ist ein ursächlicher Zusammenhang mit einem cerebralen Trauma evident,gibt sich der Patient mit der Kenntnis dieses Sachverhaltes zufrieden,uninteressiert am Krankheitsbild bezw. der exakten Diagnose?

Bei 31 Anfallskranken reicht das Wissen um die Krankheit nicht über die Diagnose hinaus.Lediglich einige Verhaltensmaßregeln wie kein Alkohol,genügend Schlaf etc. sind ihnen noch bekannt.Wo liegen die Gründe,daß der Epileptiker so wenig über seine Krankheit weiß? Ist es sie Indolenz? Die Angst,daß im Volksmund verbreitete Vorurteile wie Verblödung,nicht heilbar, verbunden mit Geisteskrankheit,Vererbung sich bestätigen könnten? Oder liegt es an den Ärzten,die nicht bereit sind zur Aufklärung,sei es aus den mannigfaltigsten Gründen?

Sicher greifen alle aufgeführten Faktoren,individuell in unterschiedlicher Weise,ineinander und darüber hinaus Dinge,die im Einzelfall kaum zu eruieren sind.Dem behandelnden Arzt wird man jedoch oft den Vorwurf nicht ersparen können,zu wenig zu tun,diese untergründigen Ängste abzubauen.Der Patient muß seine Krankheit annehmen,um mit ihr leben zu können.Sind die Weichen richtig gestellt,werden manche Schwierigkeiten beim Epileptiker,so die wichtige regelmäßige Tabletteneinnahme,erleichtert.Sind doch Weigerung oder Nachlässigkeit gegenüber den Verordnungen des Arztes auch ein Widerstand gegen die Krankheit (Delay,Pichot).So trat dieser Widerspruch zum Beispiel bei E.L.

(54) deutlich zu Tage:man habe ihr gesagt,es wären epileptische Anfälle,aber sie glaube,es komme nicht vom Kopf,sondern vielmehr von den seelischen Belastungen.

Die Diagnose und die näheren Zusammenhänge erfuhren die Kranken meist vom Arzt,einige von der Verwandtschaft,Kinder meist von den Eltern.

I,4

Ein Schritt über das vorhergehende hinaus ist,ob sich der Kranke selbst weiter über die Krankheit orientiert hat oder ob ihn das nicht interessiert.Man kann es als aktives Interesse an einem objektiven Wissen über den Krankheitsvorgang bezeichnen (Jaspers).Insbesonders ist der prognostische Aspekt von Interesse (27),aber auch die Hoffnung feststellen zu können, daß das eigene Anfallsleiden sich nicht voll mit dem Krankheitsbild der Epilepsie deckt.

C.K.(13) Er habe sich genauestens informiert,um seine Situation abstecken zu können,um zu sehen,mit was er zu rechnen habe und welche Behandlungschancen bestehen.Er habe aber auch feststellen können,daß bei ihm manches anders sei.

Ins Negative gewendet findet sich,mehr gefühlsmäßig ohne Begründung:„Da soll man die Finger davon lassen (22)" oder „es sei eine schwierige Sache,die richtige Literatur zu finden,und man lese sich nur etwas Falsches an,wenn man nichts davon versteht (11)".Das Interesse kann auch erst mit Verzögerung geweckt werden,wie bei F.B.(2),der erst,nachdem ein Status aufgetreten war,in Büchern nachgelesen hat.

Ein Viertel (21 Patienten) gab an,sich eingehender informiert zu haben in Büchern und bei Bekannten,insbesondere solchen,die Anfälle haben oder hatten.Vier Patienten gaben an, sich für die näheren Zusammenhänge zu interessieren,sich selbst aber noch nicht weiter informiert zu haben.Bei ihnen trat ein untergründiger Widerstand auf gegen den Willen,sich

über die eigene Situation objektiv Klarheit zu verschaffen. Den weitaus meisten Patienten war jedoch der Gedanke, sich über die eigene Krankheit weiter zu informieren, fremd.

Während diejenigen, die versuchten, sich ein objektives Bild über die Krankheit zu verschaffen, durchweg einen hohen I.Q. hatten, einen Beruf ausübten, in dem ein gewisses intellektuelles Niveau erforderlich und denen der Umgang mit Fachliteratur geläufig war, erwies sich für andere der Weg, sich entsprechendes Schrifttum zu besorgen und nachzulesen, als ungewöhnlich und nicht adäquat. Falls sie überhaupt Fragen zur Krankheit hatten, wandten sie sich an Bekannte, Verwandte oder Kollegen. Dieser Weg verbietet sich jedoch meist für den Anfallskranken, der bemüht ist, sein Leiden so geheim wie möglich zu halten.

Dieses „Sich nicht-darum-kümmern" (Jaspers) ist für den Epileptiker bezeichnend. Für ihn ist das Sich-Distanzieren von der Krankheit eine Möglichkeit, mit ihr zu leben. Eine Hingabe an die Krankheit ist ohnehin kaum möglich, denn ein Krankheitsgewinn ist aus dieser Krankheit nicht zu ziehen.

I,5

Auch, wenn der Anfallskranke angibt, sich nicht weiter für die näheren Zusammenhänge zu interessieren, schließt dies nicht aus, daß er sich nicht doch einen Grund für die Anfälle zurechtgelegt hat. Zahlreiche Faktoren haben meinungsbildend im Laufe der Krankheit in dieser Hinsicht gewirkt, vor allem Bemerkungen der Ärzte über seine Krankheit und die Anamneseerhebung. Fragen nach der Schwere der Geburt, Zangengeburt, Gehirnerschütterungen, Bewußtlosigkeit, Encephalitis, Meningitis, erblicher Belastung etc. haben dem Patienten die Bedeutung solcher Ponderabilien vor Augen geführt. Nachfragen bei den Eltern haben dann den einen oder anderen Hinweis erbracht, vielleicht auch einmal die zufällige Lektüre eines Artikels in einer Illustrierten oder Erklärungsversuche von Seiten der Verwandtschaft.

Dies alles hat dazu geführt, daß der Kranke seine Vorstellung

von der Ursache hat.Diese kann grundlegend von der ersten Vermutung divergieren wie bei G.O.(22),der zunächst einen Sonnenstich vermutete und jetzt einen Sturz von einer Scheuer mit Bewußtlosigkeit als Ursache anführt oder W.N.(14),der eine Überanstrengung annahm und jetzt die Anfälle auf einen Unfall mit kurzer Bewußtlosigkeit zurückführt.

Finden sich in der Vergangenheit ein ernstes Hirntrauma,ein entzündlicher Prozeß des Cerebrums oder Meningen oder besteht ein cerebraler,tumoröser Prozeß,so ist an dem Zusammenhang kein oder nur ein geringer Zweifel.

Emotionale Komponenten können den Zeiger der Schuld auch nach außen drehen,wie bei einem 41 Jahre alten,stark impulsiven und leicht verletzlichen Holzfäller (29),der eine Contusio beim Holzfällen erlitten hatte.In der Klinik wurde eine Occipitalpunktion durchgeführt,wonach sich später an der Einstichstelle ein walnußgroßes Granulom bildete.Ursache für die Anfälle ist nun für ihn diese Punktion:„Würde er den damaligen Arzt zu fassen bekommen,brächte er ihn um."Bei P.S.(3) besteht ein Anfallsleiden unklarer Ätiologie.Für ihn seien Aufregung und Hetze,die Tatsache,daß er keine rechte Entspannung habe,weil er nachts schlecht schlafe,und nicht zuletzt die Sticheleien der Verwandten Ursache des Leidens.

Die Zusammenhänge mit psychischen Belastungen können auch sehr evident sein wie bei M.K.(51),die ihren ersten Anfall bekam,nachdem sie ungerechtfertigterweise von der Wirtsfrau vor der Mutter beschimpft und geschlagen wurde,weil sie nicht gegrüßt hätte.Sie war damals 14 Jahre alt.Der zweite Anfall trat während des Staatsexamens auf und der dritte vor den Presswehen ihrer ersten Geburt.

Fehlt ein kausaler Faktor von Gewicht,so werden ursächliche Zusammenhänge vage vorgebracht.

F.B.(2) vielleicht liege die Ursache in einer Überarbeitung.Vor dem ersten Anfall habe er viel arbeiten müssen,vielleicht spielt auch die starke Sonneneinwirkung eine Rolle.Sonst könne er nicht sagen,woher es kommen könne.
R.S.(7) er habe wohl häufig Grippe gehabt und Angina und habe daher eine Herzschwäche.Auch sei er mal mit 12 Jahren in den Kel-

ler gestürzt und einen Moment bewußtlos gewesen.Das habe aber wohl doch nichts damit zu tun.
E.H.(8) eine Ursache wisse er nicht,möglicherweise die schwere Geburt und mehrmalige Kopfverletzungen,aber eigentlich glaube er das nicht.

Keine rechte Ursache für die Anfälle zu finden,ist für den Epileptiker sehr belastend,und gerade das unmotivierte Auftreten der Anfälle wirkt dann verunsichernd und beunruhigend - Selbstsicherheit und Selbstgefühl sind in Mitleidenschaft gezogen.Welches Erlebnis muß da eine Aura sein,wie sie Dostojewkij den Fürsten Myschkin beschreiben läßt:„... alle seine Aufregung,alle seine Zweifel,all seine Beunruhigung war mit einem Schlag besänftigt,in eine höhere Ruhe voll klarer harmonischer Freude und Hoffnung,voll Verstand und Einsicht in die letzten Dinge aufgelöst."

I,6

Die Frage nach der familiären Belastung streift einen Bereich, der jeden Epileptiker mehr oder weniger beschäftigt hat.Haftet doch der Epilepsie im Volksmund die Erblichkeit schlechthin an. Von hier ist es nur noch ein kurzer Weg zum Begriff des „lebensunwerten Lebens".

Unter diesem Aspekt fühlt sich der Anfallskranke in wechselnder Ausprägung gesehen,und so kann er sich auch selbst sehen,von diesem Vorurteil nicht ausgeschlossen.Schuldgefühle und Atavismen aus dem Mittelalter wie Sünde und „von Gott gestraft" können sich hinzu gesellen,jedoch sicher nur noch selten in so ausgeprägter Form wie sie Dostojewskij vor hundert Jahren in seinem Buch „die Brüder Karamasoff" beschreibt:„ ...stets geneigt (die Fallsüchtigen) zu unaufhörlichen und schon krankhaften Selbstanklagen. Sie quälen sich in ihrem „Schuldigsein" an irgendetwas und vor irgendwem,sie quälen sich mit Gewissensbissen,oft sogar ohne Begründung".

Der zwischenmenschliche Kontakt ist heutzutage geringer gewor-

den.Infolgedessen lastet der psychische Druck von Seiten der Gesellschaft nicht mehr so stark auf dem Anfallskranken.Es ist ihm leichter geworden,sich abzusondern und sich sozial auszuklammern;geblieben ist die Angst vor dem Makel der Erblichkeit, was sich vor allem darin zeigte,daß die Patienten mit familiärer Belastung diese vage formulierten.

F.B.(2) eine Cousine soll Anfälle gehabt haben,sie sei aber geheilt.
R.B.(11) es sei wohl ein Epileptiker,der ewig trank,in der Familie gewesen,aber wie er verwandtschaftlich zur Familie stand, wisse er nicht.
M.O.(66) die Schwester des geschiedenen Vaters soll so etwas gehabt haben.
M.S.(7o) die Mutter habe Anfälle gehabt.Sie glaube aber, die Ursache ihrer Anfälle liege in den Streitereien mit ihrem Mann, in die sie sich immer hineinsteigere.

Bei sieben Anfallskranken fanden sich in der Verwandtschaft cerebralorganische Anfälle,bei einem Patienten hatte der Vater ein Nervenleiden,jedoch keine Anfälle.Bei allen übrigen war keine erbliche Belastung bekannt,wobei 24 Patienten erwähnten,intensivst nachgeforscht zu haben.Sie wollten ganz sicher gehen, daß kein Erbmakel vorliege.

Bei symptomatischen Anfallsleiden ist die Situation für den Patienten vor sich in dieser Hinsicht einfacher,jedoch nicht unbedingt im gesellschaftlichen Bereich.

II. Die derzeitige Situation des Kranken

Hier geht es um die Stellungnahme des Patienten zu seiner Lebenssituation,um Befindlichkeit,Stimmung,Selbstgefühl,Selbsteinschätzung und Einschätzung der Krankheit.Wie lebt er in der Krankheit und mit der Krankheit,ist er glücklich oder unglücklich,lebt er gern oder trifft das Gegenteil zu,was quält ihn, was entbehrt er,was interessiert ihn?

Dies alles ist einem fortlaufendem Wechsel unterzogen,abhängig von peristatischen Faktoren und von der Persönlichkeit,die wiederum durch die Krankheit eine spezifische Beeinflussung erfährt.So äußerte Fürst Myschkin:„Wenn dann aber die Anfälle nachliessen,wurde ich wieder gesund und kräftig wie jetzt.Ich weiß noch,daß die Traurigkeit,die mich erfüllte,ganz unerträglich war.Ich befand mich dauernd in größter Erregung und Unruhe."

Trotzdem lassen sich Tendenzen,wie der Patient zur Lebenssituation und in ihr steht,herausarbeiten,die über einen gewissen Zeitraum erhalten bleiben.So fiel bei einem Teil der Patienten neben einer positiven Lebensstimmung vor allem auf,wie wenig sie sich durch die Krankheit einengen ließen,wie selbstverständlich sie sich mit der durch die Krankheit gewandelten Situation arrangierten,und wie gering der Leidensdruck war.W.Schulte spricht vom Gewinn einer neuen Unbefangenheit,einem erstrebenswerten Ziel der Rehabilitation.Diese Unbefangenheit war jedoch nicht einheitlich - zum einen entsprang sie einer unproblematischen Persönlichkeitsstruktur,zum anderen einer positiven Verarbeitung der neuen Lage.

G.B.(4) hat seit einem halben Jahr psychomotorische Anfälle im Rahmen einer Temporallappenepilepsie,ursächlich zurückgehend auf eine sechs Jahre zuvor durchgemachte Mumpsmeningitis.Er selbst ist eine wenig reife,wenig kritische und wendige Persönlichkeit und wirkt ein bißchen wurstig.Die soziale Situation ist geordnet, er geht noch zur Schule und wohnt bei den Eltern.Über sich sagt er:Er sei ein fröhlicher Mensch und lebe im Moment.Seine Hobbys seien Briefmarkensammeln und Sportschießen.Krank fühle er sich nicht,und eine Behandlung sei auch nicht nötig.Das gebe sich wie-

der.
G.S.(78) ist eine 28-jährige Schwesternhelferin.Sie hat große und kleine Anfälle auf Grund einer in der Kindheit durchgemachten Meningitis.Große Anfälle treten etwa zweimal im Jahr auf,kleine fast täglich.Von der Persönlichkeit her ist sie etwas selbstunsicher und von überdurchschnittlicher Intelligenz (I.Q.114).Sie sei ein fröhlicher Mensch, und so kenne man sie auch im Krankenhaus.Das Leben habe sie gern.Es befriedige sie,wenn sie für andere sorgen könne.Sie glaube,die Krankheit sei heilbar,da sie nicht angeboren sei.Ihr Lebenssinn liege im Beruf,und sie wäre gern mit einem Mann verheiratet,der auch die inneren Werte sieht.

Die Faktoren,die u.a. bei den 13 Patienten dieser Gruppe diese Reaktion ermöglichten,waren vor allem eine niedrige Anfallsfrequenz von höchstens drei bis vier Anfällen pro Jahr - bei zwei Patienten waren seit vier bezw. fünf Jahren überhaupt keine Anfälle mehr aufgetreten,bei einem waren nur nächtliche Anfälle -,eine geordnete soziale Situation und eine im allgemeinen unproblematische Persönlichkeitsstruktur.Selbstreflektorische Momente waren bei diesen Patienten wenig ausgeprägt.

K.R.(30) Im Leben gehe es immer mal auf und ab,das müsse man eben hinnehmen.
R.W.(56) Wenn es so gehe wie jetzt,sollte man nicht immer jammern.

Bei M.I.(65) stellte die Schwangerschaft das protektive Moment dar.Hier lag im Gegensatz zu den anderen ein schweres Krankheitsbild mit zahlreichen Anfällen vor.

Trotz fehlender Unbefangenheit kann ein erhebliches Maß an Zufriedenheit als Grundtendenz vorhanden sein.Die Patienten dieser Gruppe begnügten sich mit der derzeitigen Situation,stellten keine großen Ansprüche an sich und das Leben und hatten sich nolens volens mit der Krankheit abgefunden.

F.V.(24),ein 33-jähriger Arbeiter,hat seit dem 19.Lebensjahr cerebralorganische Anfälle unklarer Genese.Die Anfälle treten etwa zwei bis drei Mal im Jahr auf.Die soziale Situation ist geordnet.Er lebt bei seiner Mutter - der Vater ist gestorben - und ist ledig.Er sei soweit zufrieden,fühle sich zu Hause geborgen und habe im übrigen keinen Kontakt zu anderen.Am liebsten sei er in der freien Natur,außerdem photographiere er gern.

S.B.(76) leidet an grand mal Anfällen und Dämmerattacken seit der Kindheit.Sie ist Hausfrau und hat zwei Kinder.Die Anfälle haben sie nie sehr belästigt,da sie nachts auftreten.Sie habe diese immer verheimlichen können.Direkt krank fühle sie sich nicht.Es sei eine leichte Form der Krankheit,aber sie glaube, nicht mehr davon loszukommen.Sie lebe gern und habe am liebsten die Familie um sich.Ihr Lebenssinn liege in der Familie.

Auch bei diesen Patienten waren alle in gesicherten Verhältnissen.Die Anfallsfrequenz lag bei maximal vier Anfällen pro Jahr vom Typ grand mal.Die Ursache des Anfallsleidens war bis auf zwei Fälle - einmal nach Granatsplitterverletzung,das andere Mal nach mehrfacher Nabelschnurumschlingung - unklar.Bei zwei Patienten bestand eine deutliche Affektinkontinenz:Peinlich sei ihm,wenn er unmotiviert weinen müsse (2o).Bei fünf bestand eine leichte Euphorie.Bei den verheirateten Frauen bedeuteten Kinder stets ein starkes kompensatorisches Moment.

Eine erhebliche Indolenz oder ein allgemeiner Persönlichkeitsabbau waren bei zehn Patienten die Ursache,daß ein bewußtes Erleben ihrer speziellen Situation nicht vorhanden war.

W.B.(26),ein 31-jähriger Gipser,hat seit einem Jahr Anfälle unklarer Genese.Insgesamt hätte er bisher acht Anfälle.Das therapeutische Ansprechen auf die antikonvulsive Therapie war zunächst gut,dann traten nach einem Jahr erneut Anfälle auf.Von der Persönlichkeit her ist er schwerfällig,aber leicht aufbrausend,wenig selbstbeherrscht und uneinsichtig.Zeitweise war er LKW-fahrer,mußte aber in Anbetracht der Anfälle den Gipserberuf wieder ausüben.Er sei nicht verändert.Was ihn aufrege sei,daß er nicht mehr LKW fahren dürfe.Trotzdem sei er zwischendurch gefahren,und es sei nichts passiert.Den Alkoholkonsum habe er eingeschränkt.Er trinke nur noch am Wochenende.

Ähnlich war die Situation bei S.S.(35),einem 41-jährigen Elektriker,der drei große Anfälle hatte und brüsk von sich wies:Er sei nicht krank,er spende sogar Blut.Er habe nichts in der Klinik zu suchen.In den anderen Fällen war das Intelligenzniveau so niedrig,- zum Teil infolge Cerebralsklerose oder epileptischer Demenz,Meningeomoperation (43),Pachymeningosis hämorrhagica (45) - daß ein Leidensdruck nicht mehr zu eruieren war.Die Anfallsfrequenz betrug bei zwei Fällen zwei bis vier Anfälle pro Woche (43,74).

Eine zielgerichtete Anspannung als autoprotektives Moment (W.Schulte) fand sich bei fünf Patienten.Es trat eine Wandlung im Sinne einer Vertiefung bei ihnen ein,wodurch der Leidensdruck besser kompensierbar wurde.

F.B.(2) adoptierte zwei Kinder,da seine Frau immer Fehlgeburten hatte.Er habe seine reine Freude an ihnen.Darüberhinaus sei Politik seine Liebhaberei.Er sei ein überzeugter Pazifist und Esperantist und lese viel auf diesen Gebieten.Den Sinn des Lebens sehe er im Sinne von A.Schweitzer.

Trotz zielgerichteter Anspannung fehlte die Unbefangenheit. Vielmehr bestand eine deutliche Selbstunsicherheit,hervorgerufen durch eine kritische Einstellung zu sich und zum Leben. Die Intelligenz war bei allen überdurchschnittlich.Die Ätiologie des Anfallsleidens war bei keinem bekannt.Vier Patienten hatten nur noch kleine Anfälle (Absencen und speech arrest),bei drei bestanden keine sozialen Schwierigkeiten.R.D.(12) und M.B.(44) litten besonders unter mangelndem sozialen Kontakt.Literarische Interessen boten ihnen einen gewissen Ausgleich.

M.B.(44) Seit drei Jahren bestehen bei ihr cerebralorganische Anfälle,anfangs monatlich,jetzt etwas häufiger.Die häusliche Situation ist schwierig.Sie lebt mit ihren zwanzig Jahren noch bei den Eltern,findet dort jedoch keinen Rückhalt.Auch die Geschwister haben kein Verständnis für sie.Häufig sei sie depressiv,auch wenn es glückliche Stunden gebe.Sie lese gern und viel. Gerade wenn sie niedergeschlagen sei,ziehe sie sich gern zurück und greife zu einem Buch.So könne sie vieles vergessen und sich innerlich wieder fangen und festigen.

Gerade für diese Gruppe trifft zu,was M.Balint sagte (zitiert nach Delay,Pichot),daß es einen ernsthaften Schock bedeutet, entweder plötzlich oder allmählich festzustellen,daß unser Körper (oder auch unser Geist) durch die Krankheit unfähig ist und vielleicht nie mehr vollkommen fähig wird,unsere Hoffnungen in der Zukunft zu verwirklichen.

Inwieweit untergründige,nicht eingestandene Ängste bestehen, läßt sich sicher in den meisten Fällen schwer eruieren.Bei sieben Patienten konnte man jedoch hinter einer äußeren Gleichgültigkeit eine deutliche Unruhe feststellen,vor allem im Hinblick

auf eine mögliche Verschlechterung des Krankheitsbildes und der sozialen Situation.Die Ungewißheit,was noch kommen könnte, war für sie belastend.

J.K.(36) ein 27-jähriger Ingenieur,der es vom Kfz-Schlosser durch eigene Weiterbildung zu seinem jetzigen Beruf gebracht hat,hat seit drei Jahren epileptische Anfälle.Grand mal,vorwiegend nachts und Jackson Anfälle.Er ist verheiratet und lebt in ordentlichen Verhältnissen.Er sieht vor allem sein bisher beruflich Erreichtes gefährdet.Was soll werden,wenn es noch schlimmer kommt?
A.D.(5o) hat seit dem 16. Lebensjahr epileptische Anfälle unklarer Genese.Die Anfallsfrequenz hat sich von drei bis achtwöchigem Auftreten auf jährliches Auftreten vermindert.Sie betreibt eine kleine Gastwirtschaft,früher war sie noch tags als Näherin tätig. Das gehe jetzt nicht mehr. - Sie ist alleinstehend.Auch wenn sie sich gleichgültig gibt,kommt doch die Furcht durch,die jetzige Arbeit nicht mehr leisten zu können und so ihren Broterwerb und ihre einzige Selbstbestätigung zu verlieren.
M.W.(67) hat erst seit zwei Monaten cerebralorganische Anfälle. Sie ist Hausfrau und wirkt energisch und selbstsicher im Gespräch. Insgeheim befürchtet sie jedoch,daß etwas Bösartiges hinter den Anfällen stecken könnte:sie wäre ja so in dem Alter.

Für diese Patienten ist äußerliche Gleichgültigkeit eine Notwendigkeit,um ihren Anforderungen im täglichen Leben nachkommen zu können,aber auch ein Selbstschutzmechanismus,um nicht den inneren Sorgen zu sehr nachzugeben.

Ein schweres Gemüt,innerliche Verkrampfung,depressive Stimmung und Enttäuschung vom Leben fand sich bei sechs Patienten,wobei trotzdem eine sthenische Haltung auffiel,die jedoch nicht ausreichte,ihr Leben mit positiven Vorzeichen zu versehen.Dabei war nicht einmal die Schwere des Krankheitsbildes für diese Stimmung verantwortlich - bis auf A.R.(27),der alle ein bis zwei Wochen einen Anfall hatte,lag die Anfallsfrequenz bei drei bis vier Anfällen pro Jahr - sondern bei ihnen wurden die immer wieder aufkeimende Hoffnung und der Wille,gesund zu werden durch stetig auftretende Anfälle gebrochen.Trotzdem blieb eine sthenische Komponente vorhanden,die ihnen ermöglichte,aktiv den Widrigkeiten des Lebens entgegenzutreten und sich eine kleine Hoffnung auf Besserung wieder aufzubauen.So erklärt sich auch,daß die bei vier Patienten zeitweise vorhandene Suicidgedanken noch zu keinem Suicidversuch geführt haben.

S.J.(25) hat seit dem elften Lebensjahr Anfälle auf Grund einer Meningitis.Die soziale Situation ist geordnet. - Das Leben müsse halt weitergehen,auch wenn es ihm manchmal schwerfalle.Es sei schon ärgerlich,wenn wieder ein Anfall gewesen wäre.Zum Glück kämen die Anfälle nur noch nachts,das sei nicht so peinlich. Nach 14 Jahren glaube er nicht mehr,daß es heilbar sei.Zeitweise habe er die Hoffnung aufgegeben gehabt.Die Tabletten helfen überhaupt nicht.Er glaube,eine Operation könne ihm helfen. Es könne doch so nicht weiter gehen.

Aber es sind nicht nur die Anfälle,die zu diesen Gemütsverfassungen führen können.Zusätzliche Schwierigkeiten können im Zusammenhang mit den Anfällen die Grenzen des Tolerierbaren überschreiten.

B.P.(68) hat seit dem 13.Lebensjahr cerebralorganische Anfälle, wohl infolge eines frühkindlichen Hirnschadens.Schon während der Kindheit sei sie gegenüber ihrem Bruder benachteiligt gewesen.Er sei immer vorgezogen worden.Als ihre Mutter zum zweiten Mal geheiratet habe,hätte sie die Beziehungen abgebrochen.Sie habe dann einen Mann kennengelernt,unwissend,daß er verheiratet sei.Als sie ihm eröffnet habe,daß sie schwanger sei,habe sie nichts mehr von ihm gehört.Jetzt wisse sie nicht ein noch aus.Eine seelische Belastung folge der anderen.Man müsse immer wieder die Zähne zusammenbeißen,auch wenn es schwerfalle.

Fehlt das sthenische Moment tritt eine Einengung und Verflachung ein.Es mangelt an Energie,sich gegen das„Schicksal (19)" aufzulehnen.Bei depressiver Stimmungslage und erheblichem Leidensdruck bestand bei diesen 13 Patienten eine passive Einstellung den Anforderungen des Lebens gegenüber.Man ertrug und erduldete alles in stiller Resignation.Neben einer wenig vitalen Persönlichkeitsstruktur spielten meist eine erhebliche Anfallsfrequenz (in wöchentlichem Abstand ein Anfall) und eine beruflich unbefriedigende Situation eine große Rolle.Hinzu kamen bei vier Patienten erhebliche Insuffizienzgefühle und das Gefühl eines nicht erfüllten Lebens.

J.L.(18) Er habe zu nichts Lust und glaube auch nicht,daß es mit ihm besser werde.Immer wieder habe er die Arbeitsstelle verloren und er sei auch ohnehin nicht voll arbeitsfähig.
M.F.(4o) sie mache sich keine Gedanken mehr,was solls.Mit dem Zustand habe sie sich abgefunden.

Schwerster Leidensdruck mit Verzweiflung,Verbitterung und aus-

geprägt depressiver Stimmungslage bestand bei sechs Patienten. „Hier hat das Schicksal zu hart zugeschlagen (79)" oder „Ihre einzige Stütze sei der Glaube an Gott, aber was ist das für ein Gott? (47)" Verständlich wird die Reaktion, wenn man sich die Umstände ansieht. Die Anfälle bestehen bei allen seit mindetsens zehn Jahren, die Anfallsfrequenz liegt bei zwei bis vier Anfällen im Monat, zum Teil auch täglich, die Tendenz ist bei drei Fällen progressiv. Die soziale Situation ist bis auf einen Fall problematisch, die Wohnverhältnisse sind unzureichend. Ihnen fehlt eine vernünftige Arbeit und ein Mensch des Vertrauens. Die Situation erscheint ausweglos, der Lebenswille ist bis auf ein Minimum herabgesunken. Auch wenn Suicidgedanken vorhanden sind, so reicht die Spannkraft nicht, einen Suicidversuch zu unternehmen.

E.R.(69) Das Anfallsleiden besteht seit zehn Jahren. Die Anfälle treten in unregelmäßigem Abstand auf, manchmal täglich. Bei ihr selbst besteht eine erhebliche Wesensänderung mit Perseverationsneigung. Die familiäre Situation ist völlig desolat: Der Mann säuft, läßt sie nicht aus dem Haus und schlägt sie. Die Töchter sind beide schwanger, aber nicht verheiratet. Täglich gibt es Streitereien. Das Geld ist knapp. Sie sehe keinen Sinn mehr im Leben, alles sei eine Qual. Die Krankheit habe sie zermürbt, sie glaube an keine glückliche Stunde mehr. Die seelische Belastung und die Krankheit, das ist einfach zu viel für einen Menschen.
E.H.(ö) Er hat seit 13 Jahren Anfälle unklarer Ätiologie. Die Anfälle treten in wöchentlichen Abständen auf, Absencen sind täglich. Sozial ist er immer mehr abgestiegen. Zunächst hatte er die Tischlerlehre absolviert, dann wurde er Wohlfahrtspfleger und Evangelist, um dann nach zahlreichen Stellenwechseln als Hilfsarbeiter in einer Bücherei zu landen. Er müsse sein Leid bis zum bitteren Ende tragen, die Krankheit sei unheilbar und schicksalhaft, seine Lebensziele seien durchkreuzt, seinen Beruf könne er nicht mehr ausüben, sein sehnlichster Wunsch: Innenarchitekt zu werden sei nie mehr zu realisieren. Das Verhalten der Umgebung registriere er nur noch nebenbei als schmerzlich. Er lebe wie ein Verstoßener.

Bei zwei Tumorpatienten war das Interesse völlig auf den Bereich der Krankheit zusammengeschrumpft. Die Stimmung war depressiv.

E.M.(lo) Bei ihm besteht ein symptomatisches Anfallsleiden bei Zustand nach operativ entferntem Ependymom linksfrontal und Strahlenbehandlung eines Rezitivs. Der letzte Anfall führte zu einer

Schulterluxation.Von der Persönlichkeit her wirkt er lahm und initiativlos.Bei Anstrengung können noch ordentliche Leistungen vollbracht werden.I.Q.lo3 (V.:lo9,H.:98).Die soziale Situation ist geordnet.Von vier Kindern ist noch eines versorgungsbedürftig.Er sei nicht mehr glücklich geworden seit der Tumoroperation.Sein Zustand sei unheilbar,er sei unrettbar krank.Mit seinen Gedanken sei er immer bei der Krankheit.Er könne nichts anderes mehr denken.Er fühle sich nicht mehr leistungsfähig,Müdigkeit plage ihn,der Arbeit könne er nicht mehr nachkommen.Am liebsten würde er nicht mehr arbeiten müssen.
E.A.(75) hat seit eineinhalb Jahren cerebralorgansiche Anfälle auf Grund eines Tumors.Nach medikamentöser Einstellung war sie ein Jahr anfallsfrei,dann traten wieder gehäuft Anfälle auf.Sie selbst ist ein verhaltener,selbstbeherrschter Mensch.Die soziale Situation ist in Ordnung.Früher sei sie ein fröhlicher und ausgelassener Mensch gewesen,jetzt jedoch sei sie immer niedergeschlagen und könne nicht mehr so sein wie früher.Ihre Gedanken kreisen immer um die Krankheit,auch wenn sie nicht will und sich zwinge,an andere Dinge zu denken.Nach einem Jahr Anfallsfreiheit habe sie ein wenig aufatmen können,aber unbeschwert habe sie auch nicht sein können.Nach den neuerlichen Anfällen und den anderen Störungen (leichte Ataxie und Schwindel) habe sie schlimmste Befürchtungen.

II,2

Wie steht der Kranke nun zu seiner Persönlichkeit? Fühlt er sich in seiner intellektuellen Leistungsfähigkeit verändert,hat er das Gefühl,anders zu sein als früher?

Für die meisten Patienten kam die Frage nicht unerwartet,da sie selbst darüber schon nachgedacht und darauf geachtet hatten, ob sich in ihrem seelischen Gefüge nichts verändert habe,und sei es nur um sich zu beweisen,daß dies nicht so sei.So fühlten sich 29 Patienten nicht verändert und wiesen zum Teil betont von sich, in irgendeiner Weise verändert zu sein.

M.S.(62) eine 19-jährige Stenotypistin leidet seit drei Jahren an Anfällen unklarer Genese.Nach medikamentöser Einstellung wurde sie anfallsfrei,ließ dann aber die Tabletten weg,worauf erneut Anfälle auftraten.Jetzt nach erneuter regelmäßiger Medikamenteneinnahme ist sie ein Jahr anfallsfrei.Sie fühle sich in ihren Leistungen in keiner Weise beeinträchtigt,auch sonst sei sie wie vor der Krankheit.
G.W.(16) wurde,als er auf dem Motorrad fuhr,angeschossen.Nachdem er wieder zu sich kam,war das Geld,das er bei sich führte,geraubt.

Das Geschoß blieb im Schädel.Die Folgen waren epileptische Anfälle im Abstand von einem viertel Jahr.Auf Drängen seines Chefs, der der Meinung war,daß doch etwas unternommen werde müsse,hat er sich nochmals in die Klink begeben.Er fühle sich in gar keiner Weise verändert,lediglich ein wenig zurückgesetzt,weil er von den Kollegen sehr umsorgt werde.Er fühle sich ihnen jedoch völlig gleichwertig.

Bei 23 Patienten dieser Gruppe war auch objektiv weder eine Leistungseinschränkung noch eine Wesensänderung festzustellen, wobei geringe Änderungen sich nicht objektivieren ließen,da die prämorbide Persönlichkeit nicht bekannt war.Die anderen sechs hatten vor allem eine Veränderung im Sinne einer allgemeinen Verlangsamung mit verminderter Wendigkeit.Bei drei Patienten bestand zusätzlich eine leichte Euphorie.

Geklagt wurde am häufigsten (17 Patienten) über eine Verminderung der Leistungsfähigkeit und hier vor allem das Gedächtnis betreffend.Das verwundert insofern nicht,da Klage über das Nachlassen des Gedächtnisses auch in einer gesunden Population häufig ist und nicht negativ,eher wohlwollend von den Mitmenschen gewertet wird,wenn darüber geklagt wird.Bei drei Patienten war dieses Eingeständnis aber auch schon das Maximum dessen,was sie bereit waren einzugestehen.Weitere offensichtliche Veränderungen, wie verminderte Wendigkeit und Wortfindungsstörungen wurden nicht eingestanden.Darüber hinaus wurden als weitere Störungen vor allem erschwertes Denken und verminderte Leistungsfähigkeit angegeben.14 Patienten meinten, in ihrer Denkfähigkeit,der Schnelligkeit des Gedankenablaufs nachgelassen zu haben.Zudem strenge sie das Nachdenken mehr als früher an.

A.R.(27) Sein Gedächtnis habe sehr nachgelassen,auch in Wortfindung,Schlagfertigkeit und Wendigkeit des Denkens hapere es.Die anderen seien ihm so überlegen,da sie schneller denken und besser reden könnten.

Über mangelnde Leistungsfähigkeit klagten 9 Kranke,wobei sich dies sowohl auf die intellektuelle als auch körperliche Leistungsfähigkeit bezog.Sie schuldigten vor allem Müdigkeit an,die eine längere,angespannte Leistung unmöglich machte.Die Anschuldigung, daß die Medikamente für die Müdigkeit verantwortlich seien,ist

schwer nachprüfbar.Nicht zuletzt können die Medikamente über einen Placeboeffekt Müdigkeit mitinduzieren,zumal iniativ bei der medikamentösen Einstellung Müdigkeit bestehen kann.Trotz gewisser Einbuße an Denkleistung,fühlten sich zwei Patienten voll leistungsfähig.

E.K.(72) hat seit einem Jahr Absencen und fragliche Dämmerattacken unklarer Genese.Sie ist kaufmännischer Lehrling im zweiten Jahr und lebt noch bei den Eltern.In letzter Zeit habe sie etwas Mühe,sich zu konzentrieren,auch falle ihr manchmal die Routinearbeit schwerer,zudem sei sie vergeßlicher.An allem sei aber auch die seelische Belastung im Geschäft mit Schuld,was sie innerlich sehr belaste.Wenn sie sich anstrenge,bringe sie noch allemal zuwege,was sie sich vorgenommen habe.

Fünf Patienten klagten ferner über Verlangsamung und Schwerfälligkeit.„Alles gehe nicht mehr im gewohnten Tempo von der Hand (57)" und „für alles bestehe eine große Anlaufzeit (61)". Objektiv fand sich jedoch in einem weit höheren Maße eine allgemeine Verlangsamung und Umstellungserschwerung (2o Patienten). Der Grund, weshalb diese Änderung nur fünf Patienten registrierten,besteht zum Teil darin,daß diese Störungen sich langsam und nicht sprunghaft entwickelt haben.Sie waren auch nicht so ausgeprägt,daß sie im Arbeitsprozeß störten,zudem bestand bei einigen eine verminderte Kritikfähigkeit.

Mehr im gefühlsbetonten Bereich fanden sich bei 5 Patienten allgemeine Insuffizienzgefühle,sowohl auf die eigene Persönlichkeit bezogen als auch in Relation zu anderen.

M.R.(52) sie bringe vieles nicht mehr so recht zuwege,alles klappt nicht so wie bei anderen.

Drei Patienten klagten über eine innere Unsicherheit,Unausgeglichenheit und verminderte Selbstsicherheit,sieben Patienten empfanden, vermehrt reizbar zu sein.Im Gegensatz dazu fand sich bei G.S.(78): „sie fühle sich nicht anders als früher,sie sei lediglich ausgeglichener,nicht mehr so schwermütig.Dies sei wohl eine Folge des Mylepsinums.Durch das Medikament falle ihr aber das Denken schwerer.Was sie jedoch auf dem einen Gebiet

nicht könne,könne sie dafür auf einem anderen."Sieben Patienten gaben an,lust - und willenlos zu sein.

Zusammenfassend fand sich bei der Selbstregistrierung von Persönlichkeitsveränderungen fast immer eine Negativierung im Sinne einer weniger stabilen und weniger leistungsfähigen Persönlichkeit.Das Selbstwertgefüge war gestört,das Selbstwertgefühl mehr oder weniger beeinträchtigt.Die Betonung einiger Patienten,nicht verändert zu sein,entspringt dem Bestreben,das derzeitige Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten.

II,3

Wie steht der Epileptiker nun zu seinen Anfällen,wie erlebt er sie,und welche Wertigkeit gibt er ihnen?

17 Patienten hielten die Anfälle für gefährlich,wobei eine Angst vor Verletzung und der Unsicherheit und Hilflosigkeit während der Anfallphase angegeben wurde.1o Patienten empfinden die Anfälle rein gefühlsmäßig als gefährlich,ohne angeben zu können weshalb.Diejenigen,die sich ernsthaft verletzt hatten - Gesichtsverbrennungen,Commotio,Prellungen,Platzwunden etc. - hielten die Anfälle,bis auf fünf Ausnahmen nicht für gefährlich.Die Schwangere M.I.(65) hielt die Anfälle vor allem für das Kind für gefährlich,weil sie häufig auf den Bauch falle.Weniger für gefährlich aber innerlich für beunruhigend hielten acht Patienten die Anfälle.

I.S.(41) sie wisse nicht,woran sie sei,das sei unangenehm,mache sie unsicher und beunruhige sie.

Der Schweregrad der Krankheit wurde sehr unterschiedlich eingeordnet.Um die Aussagen der Patienten relativieren zu können, wurde der Schweregrad grob in:Schweres Anfallsleiden (mehr als 12 Anfälle im Jahr),mittelschweres Anfallsleiden (2 bis 12 Anfälle pro Jahr)und leichtes Anfallsleiden (weniger als 2 Anfäl-

le im Jahr) eingeteilt,wobei progrediente Tendenz,Absencen, Jacksonanfälle,Dämmerattacken und nur nächtliche Anfälle in entsprechender Weise berücksichtigt wurden.

16 Patienten stuften subjektiv ihr Anfallsleiden als leicht ein,davon hatten 6 eine mittelschweres,zwei ein schweres Anfallsleiden.Die Gründe für dieses Verhalten lagen bei R.D.(12) darin,daß eine zukunftsbezogene Einstellung bestand.In der Hoffnung auf Besserung verlor die gegenwärtige Situation an Wertigkeit.Ähnlich verhielt es sich bei der Schwangeren (65),die mit der Geburt auch ein Ende der Anfälle erwartete und A.R. (27),der heiraten wollte und einen neuen „Lebensbeginn" plante.F.V.(24) hat sich völlig von der Umwelt zurückgezogen und mit seiner Situation abgefunden.So hat sich die Belastung durch die Anfälle bei ihm subjektiv reduziert.Da bei S.J.(25) die Anfälle nur nachts auftraten,und er sie nicht mehr so unmittelbar empfand,hatten sie erheblich an Gewicht eingebüßt.Bei M.St. (6o) und E.S.(71) war die Gesamtsituation geordnet und bot keine Konfliktpunkte.Auf Grund der außerdem noch bestehenden Indolenz wurden die Anfälle als nicht so schwerwiegend empfunden.

Drei Patienten mit einem leichten Anfallsleiden stuften es als mittelschwer ein.Bei P.S.(3) bestand eine depressive Stimmungslage:„er sei gehemmt und könne einfach nicht aus sich heraus.Das Leben nehme er schwerer als es sei."Aus diesem Grund stufte er vermutlich auch das Anfallsleiden als schwerer ein.A.R. (23) hatte ebenfalls eine depressive Stimmungslage.Von der Persönlichkeit her war er unsicher.Er fühlte sich den Arbeitsanforderungen nicht mehr gewachsen und litt unter den Anfeindungen in der Firma.Zusätzlich bestanden Beschwerden von Seiten einer Osteochondrose.Dies alles erzeugte einen Leidensdruck, aus dem heraus der Schweregrad der Krankheit beurteilt wurde. E.R.(42) Das Anfallsleiden hatte progrediente Tendenz.Sie hatte bereits eine Unterleibs-Ca-Operation hinter sich,von der sie sagt:„das mache ihr nicht soviel aus wie die Anfälle".Aus der Gesamtsituation resultierte eine untergründige Angst und ein erhöhter Leidensdruck.Aus dieser Sicht wog die Krankheit schwerer.

6 Patienten mit einem schweren Anfallsleiden stuften dieses als mittelschwer ein. W.E.(17) hielt sein Anfallsleiden beruflich für schwer,sonst für mittelschwer. F.E.(32) :Bei ihm hat sich das Anfallsleiden gebessert,obwohl man es noch als schwer bezeichnen muß.Er halte seine Form für mittelschwer,früher sei es schon einmal anders gewesen.

12 Patienten konnten den Schweregrad ihres Anfallsleidens nicht angeben.Das lag einmal daran,daß das Anfallsleiden erst sehr kurze Zeit bestand - ein oder zwei Monate - oder die Anfälle selten und unregelmäßig auftraten.

E.B.(43) Krank fühle sie sich nicht,aber auch nicht gesund.

Neun Patienten gaben an sich überhaupt nicht krank zu fühlen bezw. krank zu sein.Bei ihnen traten entweder keine Anfälle mehr auf oder sie traten auch hier in großen Abständen auf.

W.N.(14) Der letzte Anfall sei bei ihm vor fünf Jahren gewesen.Er fühle sich gesund.Absichtlich sei er einmal bei starker Hitze gefahren,um zu sehen,ob er es durchhalte,und es sei nichts passiert.
K.R.(3o) Seit der medikamentösen Einstellung seien keine Anfälle mehr aufgetreten.Er fühle sich nicht krank oder in irgendeiner Weise belästigt.
M.R.(48) Sie hat seit einem Jahr cerebralorganische Anfälle auf Grund eines vermuteten basisnahen Tumors rechts.Bisher waren drei Anfälle aufgetreten.Sie könne eigentlich nicht sagen,daß sie sich krank fühle,sie sei nur viel empfindlicher.

War ein Anfall gewesen,so waren die Patienten in einem Drittel der Fälle darüber verärgert.Zum einen Teil im Sinne einer mißmutigen,ärgerlichen Verstimmung,zum anderen Teil wegen der Reaktion,die der Anfall im sozialen Umfeld hervorrief.

F.B.(2) Er ärgere sich nur,wenn seine Frau von einem Anfall erfährt.Sie sei dann immer sehr traurig.
R.D.(12) Ihn ärgere es vor allem,wenn ein Anfall während eines Gespräches mit einem Bekannten auftrete,aber das kann man auch nicht ändern.
W.N.(14) Seine Frau war bei seinem zweiten Anfall dabei - sie waren damals noch nicht verheiratet - das sei ihm sehr peinlich gewesen.

S.B.(76) Danach sei sie sehr erschöpft und deshalb leicht reizbar.So gebe es dann immer leicht Konflikte mit ihrem Mann.Außerdem sei es ihm sehr peinlich,wenn ein Anfall in der Öffentlichkeit auftrete:„Was sollen die Leute sagen,wenn Du mit dem Polizeiwagen gebracht wirst."
R.F.(5) Jeder Anfall bedrücke ihn von neuem.Es wäre ihm lieber, wenn er statt der Anfälle keine Füße mehr hätte.
N.K.(15) Ärgerlich könne er eigentlich nicht sein,wenn wieder ein Anfall gewesen wäre,aber es stimme ihn traurig.
W.E.(17) Es sei schon ärgerlich,wenn wieder ein Anfall war,zumal die Nachwirkungen sehr stören.
D.D.(46) Nach einem Anfall sei sie leicht einmal verzweifelt, sie habe auch schon geheult.
G.S.(78) Innerlich ärgere sie es schon,wenn ein Anfall war.Auch habe sie manchmal das Gefühl,daß wieder einer kommen könnte.Sie sage sich dann:Freue Dich nicht zu sehr,sonst ...
E.E.(77) Nach einem Anfall sei sie immer sehr in Mitleidenschaft gezogen.Das mache sie unglücklich,zumal sie dann nichts schaffen könne.
E.A.(75) Nach jedem Anfall habe sie die schlimmsten Befürchtungen.

Drei Patienten machten sich nach den Anfällen Vorwürfe,vier fragten sich nach einer auslösenden Ursache.

P.S.(3) Er mache sich Vorwürfe,daß er sich so in alles hineinsteigere.Häufig trete danach ein Anfall auf.
G.A.(6) Er sage sich immer,das nächste Mal müsse er sich mehr vorsehen und Überanstrengungen meiden.
R.B.(11) Wenn ein Anfall war,frage er sich,wodurch er hervorgerufen sein könnte. Was haben wir gegessen? Wer war da? Was für Aufregungen hat es gegeben? Manchmal liegen die Ereignisse bis zu acht Tagen zurück.

Sieht der Epileptiker bei einem anderen einen epileptischen Anfall,so ist er zunächst überrascht:„So hatte sie sich das doch nicht vorgestellt gehabt (63)."In Unkenntnis des eigenen Anfalls wird dieser als nicht so eindrucksvoll,zumindest jedoch als andersartig empfunden.Erst nach dieser Phase der Reflexion auf den eigenen Anfall tritt das Gefühl des „Helfenmüssens" hinzu und nicht in erstaunter Neugier verharren zu dürfen.19 Patienten hatten schon einen Anfall gesehen.

R.B.(11) Als er einen Anfall bei einem anderen gesehen hatte, habe er gedacht:Mensch,so sieht das aus! So darf es bei Dir nicht kommen.

G.W.(16) Der Anfall,den er gesehen habe,sei doch schwerer gewesen.
M.F.(4o) Ihre Anfälle seien doch anders,als die,die sie gesehen habe.
G.S.(78) Sie sei ernstlich erschrocken gewesen,als sie das erste Mal einen Anfall gesehen habe.Sie habe sich aber schnell gefaßt und geholfen.
J.B.(53) Sie sei sehr beeindruckt gewesen,als sie das erste Mal einen Anfall gesehen habe,aber der war auch schwerer gewesen als ihre.

Die Frage mit welcher Krankheit sie ihre Anfällsleiden schweremäßig vergleichen könnten oder welche Krankheit für sie schlimmer wäre,war insofern nicht sehr ergiebig,da den meisten Patienten ein ausreichendes Wissen von anderen Krankheiten fehlte.

III. Zukunftserwartung

Das Zukünftige enthält das Gefürchtete oder Erhoffte - der menschlichen Intention nach, ohne Vereitelung, enthält es nur das Erhoffte (Ernst Bloch). Wie sieht die Situation für den Epileptiker aus? Bestehen Hoffnung, Gleichmut oder Befürchtung?

Knapp die Hälfte der Patienten hält die Krankheit für heilbar, wobei diese Ansicht in unterschiedlicher Weise von äußeren Faktoren abhängen kann. Sind erst einige Anfälle gewesen, so fühlt sich der Patient häufig überhaupt nicht krank: Er sei doch gesund (14). Diese Frage besteht also für ihn gar nicht, oder es besteht ein ungebrochener Optimismus: Weshalb soll es denn nicht heilbar sein? (67)

Durch häufige, längere anfallsfreie Intervalle wird bei anderen immer wieder die Hoffnung geweckt, daß keine Anfälle mehr auftreten. Treten dann ein oder mehrere Anfälle auf, so kommt es zu einer mehr oder minder langen Phase der Enttäuschung, die bei erheblicher Verschlechterung des Krankheitsbildes in Resignation übergehen kann. Bei Besserung kommt es dann meist, wie schon zuvor bei dieser Persönlichkeit, zu einem gewissen Optimismus. Auch nach längerer Zeit kann eine mehr gefühlsmäßig geprägte Hoffnung auf Heilung bestehen. Von einigen Patienten wird die Frage, ob sie die Krankheit für heilbar halten, offen gelassen.

C.K.(13) Prinzipiell halte er die Krankheit für heilbar.
G.O.(22) Das könne er nicht sagen.
E.H.(2o) Man könne vielleicht die Anfälle verhindern, aber heilen? Der Splitter bleibe ja im Kopf.

Die Krankheit für nicht heilbar zu halten, bedeutet jedoch für viele nicht unbedingt Resignation. Sie glauben nicht mehr, die Anfälle ganz loszuwerden, erhoffen aber eine Reduzierung der Anfälle.

L.S.(45) Sie glaube nicht mehr, die Anfälle jemals loszuwerden. Sie sei aber hoffnungsvoll, daß es weniger werden.

M.W.(9) Die Anfälle werden auch trotz der Behandlung mehr oder weniger vorhanden bleiben.

Für den Epileptiker bedeutet das Mit-der-Krankheit-leben-zumüssen nicht unbedingt Hoffnungslosigkeit.Nur in vertracktesten Situationen kommt es zur Verzweiflung.Die Resignation,die bei einem Teil der Kranken auftritt,wenn es zur Anfallshäufung kommt,verschwindet wieder mit den Anfällen,ja läßt sogar viele hoffen,ganz anfallsfrei zu werden.

A.R.(27) Die Medikamente haben zwar bisher noch nicht sehr gut angesprochen.Er hoffe dennoch,die Anfälle loszuwerden.

Die überwiegende Mehrzahl hielt die Behandlung für notwendig.lo Patienten hielten keine Behandlung für erforderlich entweder weil sie sich nicht krank fühlten,keine Anfälle mehr auftraten,oder weil sie keine Besserung durch die Behandlung feststellen konnten.

W.F.(28) Die Anfälle kommen doch immer wieder.Die Tabletten helfen sowieso nicht.

13 Patienten waren sich nicht sicher,ob wirklich eine medikamentöse Behandlung notwendig ist,oder sie waren im Zweifel über deren Wirksamkeit.

Ohnehin ist die Einstellung zur Tabletteneinnahme ambivalent. Am häufigsten wird über Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Schwunglosigkeit geklagt,so daß der Patient immer wieder versucht,die Dosis zu erniedrigen.Ist ein längeres anfallsfreies Intervall, so wird das Medikament zum Teil sogar ganz weggelassen.Ein erneutes Auftreten von Anfällen führt dann zu dem bitteren Eingeständnis:„Da hab ich gemerkt,daß es ohne Tabletten doch nicht geht." I.M.(58)Hinter diesem Verhalten steckt natürlich der Wille,gesund sein zu wollen oder zumindest probieren zu wollen,ob man wieder gesund ist,denn die tägliche Tabletteneinnahme demonstriert ihnen,daß sie krank sind,auch wenn keine Anfälle auftreten oder seit Jahren keine mehr aufgetreten sind.

Ungern hält sich der Anfallskranke auch an die allgemeinen Verordnungen und Vorschriften,die ihn in seinem Lebensgefühl allzusehr einengen.Dies scheint aber nicht eine spezifische Eigenart des Epileptikers zu sein.So schreibt Platon in seiner Politeia über den Kranken: ... wenn ihm (dem Kranken) aber einer eine kleinliche Lebensordnung vorschreiben wollte,ihm Umschläge um den Kopf legen wollte und was dergleichen mehr ist,so sagt er gewiß,das helfe ihm auch nicht zu leben,wenn er immer auf die Krankheit achthaben solle; und somit begibt er sich in seine gewohnte Lebensgewohnheit. - Ob dieses Verhalten nur für den Aufwachepileptiker gilt,jedoch nicht für den Schlafepileptiker,der sich minitiös an die Verordnungen halten soll,wie Janz es beobachtet hat,konnte wegen der geringen Anzahl Schlafepileptiker dieser Arbeit nicht auseinanderdividiert werden.

Die bei acht Patienten bestehenden Suicidgedanken wurzelten nur in zwei Fällen in der hoffnungslosen,ausweglos erscheinenden Situation.Bei drei Patienten bestanden schon vor Beginn des Anfallsleidens depressive Episoden,die jetzt unter dem Gewicht der Krankheit zu Suicidgedanken führten,während bei den übrigen vier Patienten die Suicidgedanken im Zusammenhang mit den depressiven Verstimmungen im Rahmen ihrer psychomotorischen Epilepsie zu sehen sind.Gerade bei ihnen ist ihr Leben zwischenzeitlich durchaus von Hoffnung getragen,anfallsfrei zu werden und sich in ihrer situativen Lage zu verbessern.

Fragt man,was die Patienten zur Zeit für behandlungsbedürftig halten,so werden häufig vordergründige Beschwerden spontan vorgebracht:Kopfschmerzen,Reizbarkeit,Magenbeschwerden,innere Unruhe und Schwunglosigkeit.Die Anfälle betreffend,sind es vor allem eine Reduzierung derselben und Anfallsfreiheit.Ein Drittel der Patienten hat sich zum Teil mit der Situation abgefunden.Eine Anfallsfreiheit wäre ihnen zwar wünschenswert,diese Möglichkeit halten sie aber für unwahrscheinlich.

Auch wenn man allgemein fragt,welchen sehnlichsten Wunsch sie hätten,so wird nicht,wie man erwarten könnte,Gesundheit und Anfallsfreiheit geäußert.Dies war nur bei 22 Patienten der Fall.

M.F.(73) Sie wünsche vor allem mehr Abwechslung und ein unbeschwertes,sorgenloses Leben.
H.M.(64) Ihr Wunsch wäre,im Lotto zu gewinnen und ein eigenes Haus zu haben.

Weitere Wünsche waren vor allem der Führerschein,beruflicher Aufstieg,anständige Arbeit,ein eigenes Haus oder eine schöne Wohnung,ein genußvolles,sorgenloses Leben,Heirat,wie füher frei sein von Belastungen und Ängsten.

Andere Patienten äußerten sich zu dieser Frage ausweichend oder meinten,sie würden sich darüber keine Gedanken machen.

R.S.(7) Er habe keinen besonderen Wunsch.Was er brauche,könne er sich selbst erfüllen.

Inwieweit der einzelne gereift ist an seiner Krankheit,sein Lebenskonzept und Lebensziel gewandelt hat,ist im Querschnitt kaum zu eruieren.Über den Sinn des Lebens haben sich die meisten Anfallskranken kaum Gedanken gemacht.Ein Drittel der Kranken gab an,ihr Lebenssinn läge in der Familie,der Gründung einer Familie und dem Großziehen und Erziehen der Kinder.

IV. Der Kranke und sein soziales Umfeld

Die innere Verflechtung des Einzelnen mit dem sozialen Umfeld ist von elementarer Bedeutung für das Krankheitserleben. Selbstwahrnehmung, Selbstgefühl, Selbstwerterleben und schlechthin das Selbst sind Produkt dessen „wie sich das Individuum selbst innerhalb eines sozial bedingten Bezugssystems wahrnimmt" (Newcomb). Aus dieser Sicht können dem Kranken aus dem Umfeld protektive Momente erwachsen, kann der Leidensdruck gemildert werden, aber auch das Gegenteil ist möglich, was vor allem für den Anfallskranken zutrifft.

E.H.(49) Der Anfallskranke ist wirklich übel dran. Er wisse nie, wie er von der Gesellschaft aufgenommen werde.

Um einen objektiven Anhalt für das Ausmaß der Interaktionen zwischen dem Kranken, der Familie, den Angehörigen, der beruflichen und sonstigen Umwelt zu bekommen, wäre eine umfangreiche Feldarbeit notwendig. Hier soll jedoch nur die subjektive Perspektive des Kranken betrachtet werden, wie er seine Umwelt erlebt.

IV,1 Familie

Die innerfamiliäre Konstellation ist für den Anfallskranken in Hinsicht auf die Verarbeitung der Krankheit von besonderer Bedeutung, und zwar in Abhängigkeit von der Persönlichkeit und der Schwere der Krankheit. Von ihr hängt auch wiederum die Wirkung der Krankheit auf das familiäre Gefüge ab, ob es zu einer Festigung oder Lockerung desselben kommt und ob somit zusätzlich belastende oder entlastende Momente hinzukommen.

Ein festgefügtes Miteinader der Partner fand sich in 11 Fäl-

len.Beide Ehepartner waren von der Charakterstruktur her belastungsfähig und sahen in der Krankheit und den aus ihr entstehenden Schwierigkeiten ein gemeinsames Problem zu dem jeder in bestmöglicher Art und Weise beisteuerte,es zu einem tragbaren Element des Lebens werden zu lassen.In diesem stabilen Familiengefüge hatte der Patient einen festen Halt,den er so sehr für das außerfamiliäre Leben braucht.Hier fand er seine Selbstbestätigung.

Das Anfallsleiden war in allen Fällen nicht sehr schwer und stellte insofern keine äußerste Belastung für die Familie dar. Zudem waren sowohl die wirtschaftlichen als auch die Wohnverhältnisse geordnet.Zusätzliche belastende Momente konnten bei dieser Familienstruktur toleriert werden.Es kam nicht gleich zu einem Mißverhältnis im ehelichen Miteinander.

H.G.(61) hat seit dem 18.Lebensjahr epileptische Anfälle,vermutlich infolge eines Schädeltraumas mit fünf Jahren.Das Anfallsleiden war für sie und ihren jetzigen Ehemann kein Hinderungsgrund zu heiraten.Sie selbst schildert ihr Eheleben als ausgewogen.Vor einigen Monaten hatte sie ihr fünftes Kind ausgetragen.Ursprünglich wollte sie die letzte Schwangerschaft unterbrechen lassen,da es während den Schwangerschaften immer zu einer Anfallshäufung gekommen war und sie die vier Kinder physisch voll auslasteten.Jetzt will sie sich sterilisieren lassen:„weshalb soll man eine zwar nicht sorgenlose aber im ganzen glückliche Ehe gefährden?"

In sechs Fällen bestanden die Anfälle schon vor der Ehe (in dieser Gruppe).Der Partner hat also von vornherein diese Situation akzeptiert,sodaß dies sicher ein stabilisierender Faktor ist.

W.N.(14) Seine Frau habe einen Anfall vor der Ehe miterlebt, und sie habe ihn trotzdem geheiratet.Sie verständen sich glänzend.

Kinder stellten ein weiteres stabilisierendes Element dar. Nur in einem Fall waren keine Kinder in der Familie.Durch sie bekam das Leben einen elementaren Sinn,das Verantwortungsbewußtsein wuchs und die Ehebande wurde fester geknüpft.Vor allem demonstrierten die Kinder dem Kranken eine unmittelbare

Lebensfreude und erweckte sie auch in ihnen.

In vier Fällen war das innerfamiliäre Gefüge in latentem Gleichgewicht. Geringe Störungen reichten bei einem der wenig belastungsfähigen Ehepartner aus, um erhebliche Spannungen hervorzurufen. Bei P.S.(3) kam noch hinzu, daß durch ewige Querelen mit den Brüdern wegen des Hofes ohnehin eine leicht gereizte Stimmung bei beiden Eheleuten vorlag. In der Ehe von E.S.(21) war das einzige Kind gleich nach der Geburt gestorben. Beruflich war es bei ihm zu einem sozialen Abstieg vom Schriftsetzer zum Lagerarbeiter gekommen. Er selbst wurde mit dieser Situation nicht fertig, fand aber auch in der Ehefrau keine Stütze. Häufig käme es zu Streitereien aus nichtigen Anlässen, unter denen beide litten. Zwischendurch verständen sie sich dann wieder ganz gut.

Eine wiederum stabilere Familienkonstellation fand sich bei 14 Patienten. Zwar war der Patient wenig belastungsfähig, dafür aber hatte der Ehepartner eine feste Charakterstruktur und sorgte für Ausgleich bei Spannungen. Bei den männlichen Patienten war vor allem die berufliche Situation nicht befriedigend, entweder weil sie sich den gestellten Aufgaben nicht mehr gewachsen fühlten, der Beruf sie nicht befriedigte, oder weil sie invalidisiert waren und die erwünschte soziale Rolle in der Falie als vollwertiger Geldverdiener nicht einnehmen konnten.

R.F.(5) Die Frau arbeite und versorge zusätzlich abends den Haushalt, während er mehr oder weniger hilflos zu Hause sitze und trotz bestem Willen die Frau nicht in erwünschter Weise entlasten könne. So sei er immer etwas gereizt und auch manchmal ungerecht zu seiner Frau. Ein ungeschicktes Wort von ihr treffe in zutiefst. Sie verstehe es jedoch immer wieder, ihn seelisch aufzurichten.
A.R (23) hat vier Kinder und fühlt sich seinen beruflichen Aufgaben nicht mehr gewachsen. Innerlich sei er zunehmend verspannt und deprimiert. Zeitweise wisse er nicht, wie es noch so weitergehen solle. Seine Frau spiele dann die Probleme herunter und halte jede erdenkliche Aufregung von ihm fern. Sie gebe ihm das Gefühl, nicht mit den Sorgen allein zu stehen, wirke beruhigend auf ihn ein, wenn er gereizt sei und lasse ihn die Hoffnung nicht vergessen.

Für die Frauen bestand der berufliche Druck nicht. Sie waren entweder nicht berufstätig oder ihre berufliche Tätigkeit war

nur zusätzlich und nicht unbedingt erforderlich.Die Gleichwertigkeit beider Eheleute war hier dadurch gestört,daß die Frauen sich nicht vollwertig vorkamen.Sie meinten,den Ansprüchen des Mannes nicht genügen zu können und einer gesunden Frau,auf die der Mann doch berechtigten Anspruch hätte,im Wege zu stehen.Zweifellos fühlten sich diese Frauen schon vor Krankheitsbeginn - bei ihnen traten die Anfälle erst nach der Eheschließung auf - in einer unter dem Mann stehenden Position. Durch die Krankheit empfanden sie,nicht einmal mehr dieser Position wert zu sein.Hier spielt auch der mit dieser Krankheit verbundene Makel der Minderwertigkeit eine Rolle.Gerechtfertigt war diese Einstellung in keinem Fall,denn die Ehemänner kümmerten sich,nach Angaben der Patientinnen,liebevoll um sie und versuchten ihr möglichstes,eine harmonische Ehesituation zu schaffen.Dies förderte aber vermutlich die Minderwertigkeitsgefühle noch mehr.So ist auch die Aussage von E.H.(49) zu verstehen:Die häuslichen Verhältnisse seien etwas gespannt (aus ihrer Sicht),obgleich ihr Mann ihr wie eine Mutter sei und sie wie ein Kind umsorge.

Mitverantwortlich für die verminderte Belastbarkeit der Patienten in dieser Gruppe war eine Affektinkontinenz unterschiedlichen Ausmaßes.

Umgekehrte Verhältnisse bestanden bei drei Patienten.Hier war der gesunde Partner weniger belastungsfähig,litt unter der Krankheit und der dadurch entstandenen gesellschaftlichen Situation.Jeder Anfall stellte eine Belastung dar und führte zu Konflikten und Unstimmigkeiten.Der Patient war von stabilerer Charakterstruktur und mußte beruhigend und ausgleichend wirken. Besonders belastend war für den gesunden Ehepartner die soziale Diffamierung,der er mit ausgesetzt war.Ein Anfall in der Öffentlichkeit war für ihn ein gefürchtetes und peinliches Ereignis.

Eine völlige Disharmonie der Ehe lag in vier Fällen vor.Reibereien und Streitereien gehörten zur Tagesordnung.

R.B.(11) Wenn er nicht nachgebe,bekomme seine Frau einen Herzanfall.Das sei gefährlich.Die Kinder hetze sie immer gegen ihn

auf,was ihm sehr weh tue.
M.S.(7o) Laufend gebe es Streitereien zwischen ihnen,in die sie sich immer mehr hineinsteigern würde.Außerdem sei er immer besoffen.

Schwer zu beurteilen ist,inwieweit bei diesen vier Fällen eine bei allen nicht zu übersehende Wesensänderung im Sinne einer erhöhten Reizbarkeit und Rechthaberei ursächlich für die Diskrepanzen verantwortlich war.Ob die Trunksucht der Ehemänner zweier Patientinnen wegen der Krankheit zustandegekommen ist, oder ob sie schon früher bestanden hat,ließ sich nicht sicher eruieren.

Völlig abgekapselt,auch vom Ehepartner hatten sich drei Patienten.Der zwischenmenschliche Kontakt war auf das notwendigste reduziert,ein Kontaktwunsch bei ohnehin bestehender Kontaktarmut bestand nicht.Man fügte sich mit Resignation und Verbitterung in die Rolle des Außenseiters.Schuld daran war nicht so sehr die Schwere des Krankheitsbildes als vielmehr wiederholte Frustrierungen im sozialen Gefüge.Mangelnde Anerkennung,verletzende Äußerungen und Unverständnis bei selbstunsicherer Persönlichkeitsstruktur und geringem Selbstbewußtsein spielten hier eine grundlegende Rolle.

I.S.(41) Sie müsse mit allem selber fertig werden,Hilfe könne sie von anderen nicht erwarten,eher das Gegenteil sei der Fall.

Bei fünf Patienten bestand weder ein Füreinander noch Gegeneinander der Ehepartner.Beide lebten ohne emotionale Bindung nebeneinander her.Verantwortlich für dieses Verhalten war bei zwei Patienten eine erhebliche Indolenz,bei den anderen ein cerebraler Abbau infolge von Cerebralsklerose und häufiger Anfälle.

Die Wirkung von Kindern in der Familie wurde schon kurz erwähnt.Auch wenn keine erschöpfende Analyse aus dem Explorationsmaterial zu erarbeiten ist - dazu wäre wenigstens noch eine Stellungsnahme des Ehepartners zu berücksichtigen - so kann man doch sagen,daß Kinder auf unterschiedliche Art und Weise zu einer erhöhten psychischen Stabilität der Patienten beitragen. Schon allein das Vorhandensein von gesunden Kindern führt zu

einem angeseheneren Status,sowohl gegenüber dem Ehepartner als auch im außerfamiliären Bereich.

Das Selbstbewußtsein wurde jedoch auch durch das Kind in direkter Weise gehoben,indem das Bemühen um das Kind,die positive Einstellung zu ihm,eine vollwertige Anerkennung hervorrief.Das war für den Kranken zum Teil ein Ausgleich für das,was ihm außerhalb der Familie versagt blieb.Dagegen wurde das Kind nicht bewußt zur Erhöhung des Sozialprestiges herangezogen in der Weise,daß man es zu erhöhter Leistungsfähigkeit in Beruf und Schule anspornte oder gar zur Erringung eines sozial höher stehenden Berufes zwang.

Als eine unerwünschte oder mehr oder weniger notwendige Belastung wurden die Kinder in keinem Fall empfunden.Keiner wollte sie missen,auch wenn mehr Arbeit und persönliche Einschränkungen notwendig waren.Waren sie doch der überwiegenden Mehrheit wie A.H.(33) sagt:„Sinn der Ehe und des Lebens".

In einigen Fällen war das Kind „Ersatzperson für mangelnde Partnerbeziehung" (Wurzbacher) entweder für beide Eheleute oder einen der beiden Partner,sicher aber zum Vorteil des Patienten.Für ihn wäre ein Leben nach einer Scheidung sehr viel problematischer.So haben von sieben geschiedenen Patienten des Materials fünf wieder geheiratet.

Von den ledigen Kranken wohnten 21 bei ihren Eltern.Das Verhältnis zu diesen kann man folgendermaßen charakterisieren:In fünf Fällen stellten die Patienten eine unerwünschte Belastung dar.Die Folge waren häufige Reibereien und Spannungen,unter denen beide Teile litten.Da die Patienten jedoch zumindest auf die Wohnunterkunft angewiesen waren,mußten sie nachgeben,was zu Bitternis und Reizbarkeit führte.

M.R.(52) leidet seit dem 9.Lebensjahr an epileptischen Anfällen vermutlich traumatischer Genese.Von der Mutter war sie immer gegenüber den Geschwistern benachteiligt worden und auch jetzt da sie erwachsen sei,sei die Mutter ihr gegenüber sonderbar und kühl.So habe sie auch mal in ihrer Gegenwart gegenüber anderen geäußert,daß die Krankheit ohnehin nicht mehr heilbar sei.Sie lebe immer im Gefühl,unerwünscht zu sein.Sie wisse nicht, wie lange sie dies noch ertragen könnte.

Bei zwei Patienten bestand,obwohl sie aus dem Alter heraus waren,noch das Eltern-Kind Verhältnis.Sie hatten zu gehorchen und mußten sich Vorhaltungen machen lassen,man sorgte aber auch für sie,regelte alles und übernahm die Verantwortung für sie. Während bei diesen beiden diesss Verhältnis akzeptiert,aber nicht gewünscht wurde,suchten sieben Patienten gerade in dieser Weise die familiäre Geborgenheit.

T.V.(24),33 Jahre alt,äußerte:Seine Mutter kümmere sich sehr um ihn,was ihm sehr lieb sei.
R.W.(56) Sie werde zu Hause sehr umsorgt,man habe viel Verständnis für sie und nehme ihr alles ab.Dies sei für sie sehr beruhigend.

In sieben Fällen hatten sich die Kranken,obwohl sie zu Hause wohnten,von den Eltern völlig abgekapselt.Sie sollten nicht durch die Krankheit unnötig belastet werden und darunter leiden müssen,zudem könnten sie ohnehin nicht helfen" W.E.(17). Aber auch Resignation spielte bei diesem Vorgang eine Rolle. Die Kranken waren,da sie außerhalb der Familie keine Vertrauten hatten,auf die nächsten Angehörigen angewiesen.Im Rahmen einer Störung der affektiv-vegetativen Kommunikation,wie es v.Diffurt nennt,der präverbalen Verständigung zwischen Menschen, der Kommunikation durch feine Zeichen,die ohne Zwischenschaltung bewußtwerdender Vorgänge unmittelbar von Mensch zu Mensch wirkt, ist es zu einer Abwendung gekommen.Daß es sich um einen Dauerzustand handelt,ist kaum vorstellbar.Der Mensch kann nicht als isoliertes Einzelwesen existieren.Er braucht ein bestimmtes Maß an sozialer Geborgenheit,um ohne Beeinträchtigung von Wohlbefinden und Gesundheit leben zu können (v.Uexküll).

Vier ledige Patienten wohnten allein auf sich selbst gestellt. Sie waren sozial gut eingeordnet und hatten beruflich keine Schwierigkeiten.Mit ihren Problemen wurden sie in ihrer Situation selbst fertig.

Drei weitere Kranke wohnten bei Verwandten,Großmutter bezw. den Kindern.Während L.S.(45) wegen erheblichen cerebralen Abbaus auf die Tochter angewiesen war,waren die beiden anderen wegen eines unehelichen Kindes bezw. als alleinstehende,geschiedene

Frau mit Kindern auf die Mithilfe der Verwandten angewiesen. Die Konstellation war in allen drei Fällen unglücklich und spannungsreich.

IV,2 Die Beziehung zur Umwelt

Durch seine Krankheit hatte sich für den Anfallskranken eine neue Beziehung zur Umwelt ergeben. Freunde, Kollegen und Verwandte sahen ihn jetzt als Epileptiker. So ergaben sich für ihn erhebliche Anpassungsprobleme an die neue Situation. So wie er seine Rolle übernahm, gestaltete er seinen Umweltkontakt. Die Momente, die von Belang waren für eine gestörte bezw. ungestörte Anpassung, waren mannigfaltig.

War das Anfallsleiden der Umwelt unbekannt, so war äußerlich gesehen der Kontakt unverändert. Trotzdem bestanden für ihn belastende Momente insofern, daß er einen Anfall in der Öffentlichkeit befürchtete oder Angst hatte, daß sein Leiden bekannt wird. Es entstand ein Moment der Unsicherheit.

M.K. (51) hatte bisher nur drei Anfälle in sehr großem Abstand von 12 bezw. 3 Jahren. Gott sei Dank habe sie noch keinen Anfall in der Öffentlichkeit gehabt.

Trotzdem wurde daraus nicht unbedingt die Konsequenz gezogen, durch genaue Befolgung der ärztlichen Anweisungen Anfallsprophylaxe zu treiben. Ein Grund dafür lag sicher darin, daß man einen Anfall zwar fürchtete ihn aber nicht erwartete. Als besonders belastend wurde ein Anfall an der Arbeitsstelle empfunden. Insgesamt war bei 16 Patienten das Anfallsleiden in der Umgebung unbekannt. Die Zahl derjenigen, die angab, ein ungestörtes Verhältnis zur Umwelt zu haben, so als seien sie gesund, war höher (35), so daß allein die Tatsache Epileptiker zu sein, nicht

unbedingt einen gestörten Umweltkontakt bedeutete.

Hier kann man jedoch eigentlich die Fälle nicht berücksichtigen, bei denen die Anfälle erst kurze Zeit bestanden, wo also ein Anpassungsprozeß von Patient und sozialem Umfeld noch nicht abgeschlossen war.

In anderen Fällen traten die Anfälle selten auf, es bestanden nur noch nächtliche Anfälle, oder es waren seit einem längeren Zeitraum keine Anfälle mehr aufgetreten.

Daß der Patient sein Verhältnis zur Umwelt als ungestört empfand, bedeutete sicher nicht immer, daß sein Verhalten von der Umwelt als gut angepaßt angesehen wurde. Eine Umgebungsuntersuchung wäre in dieser Fragestellung insofern interessant, als sie das Ausmaß autoprotektiver Kräfte (W. Schulte) in dieser Hinsicht objektivieren würde.

Eine Anteilnahme an der Krankheit war den Patienten im allgemeinen unerwünscht und lästig. Dies liegt in einer Linie mit der Tendenz, so wenig wie möglich Aufhebens bezüglich der Krankheit zu machen.

E.S.(29) Darüber (über die Krankheit) wird grundsätzlich, auch in der Familie nicht gesprochen.

Der Anfallskranke wollte den Status des Gesunden im Verhältnis zur Umwelt haben, als vollwertiges und leistungsfähiges Mitglied der Gesellschaft akzeptiert werden. Sie wollten sich keine Schwächen geben, nicht zuletzt um ihre berufliche Situation nicht zu verschlechtern oder sich ihre Chancen zu verbauen.

A.R.(27) Man könne nicht mit Verständnis rechnen. So dürfe man sich so wenig wie möglich Blößen geben, um nicht anderen die Möglichkeit zu geben, diese in schamloser Weise gegen einen selbst zum eigenen Vorteil auszunutzen.

Es wurde als Schwäche angesehen, sich helfen lassen zu müssen oder Hilfe anzunehmen. „Da ist wohl jeder gleich" H.K.(34). Viele lassen sich auch in diesen rein persönlichen Bereich, wie E.K. (72) es nennt, nicht gern hineinreden, oder wenn die Anfälle schon längere Zeit sistierten, durch besondere Rücksichtnahme

daran erinnern.

In sechs Fällen wurde jedoch das fürsorgende Verhalten der Umwelt als angenehm empfunden. Bei der Schwangeren (65) war dieses Verhalten verständlich. Für F.E.(32) stellte die Hilfe, die ihm von der Firma und von einem Kollegen zuteil wurde -Arbeit in einem abgetrennten Raum zusammen mit einem Kollegen, der sich bei einem Anfall um ihn kümmerte - bei seinem schweren Anfallsleiden eine brauchbare Lösung dar, mit seiner Krankheit leben zu können. Für M.R.(48) war die besondere Fürsorge einerseits ein Zeichen, daß hinter den Anfällen eine von ihr befürchtete bösartige Krankheit stecke, andererseits war sie in ihrer Angst und Verunsicherung dringend auf Fürsorge und Verständnis angewiesen. In den drei anderen Fällen handelte es sich um sehr unsichere, ungefestigte Persönlichkeiten - alle waren ledig - die durch die häufig ablehnende Haltung ihnen gegenüber - N.K.(15) ... den kann man doch nirgends mit hinnehmen - jedes helfende Entgegenkommen dankbar akzeptierten.

Die Hälfte der Patienten (38) gab an, wenig Kontakt zu den Mitmenschen zu haben. Dies war aber nicht allein auf die Krankheit zurückzuführen, denn ein Teil der Patienten hatte auch schon vor Krankheitsbeginn wenig Kontakt, entweder weil es sich um gehemmte, kontaktarme oder völlig unangepaßte, unverträgliche und streitsüchtige Persönlichkeiten handelte, was sich durch die Krankheit noch verstärkt hatte.

P.S.(3) Er habe schon immer unter Kontaktschwierigkeiten gelitten, sei ängstlich und verkrampft gewesen. Das habe sich seit der Krankheit noch verstärkt, so daß er zeitweise sehr schwermütig deshalb sei.

Ein stärkeres Kontaktbedürfnis war bei 18 Patienten vorhanden. Sie litten unter dem geringen mitmenschlichen Kontakt, den sie hatten. Vor allem versprachen sie sich von einem besseren Kontakt mehr Selbstbestätigung. Die weiblichen Patienten suchten vor allem einen männlichen Partner. - Alle waren bis auf eine nicht verheiratet.

M.F.(4o) Sie habe keinen rechten Kontakt zu anderen, man belä-

chele sie und wolle nichts mit ihr zu tun haben.Eine Beziehung zu einem Mann könnte ihr Geborgenheit und Selbstsicherheit bringen und beruhigend auf ihre Nervosität wirken.

Der Wunsch, sich von den Mitmenschen abzusondern, so wenig wie möglich Umgang mit ihnen zu haben, steht in sehr viel engerem Verhältnis zur Krankheit.In acht Fällen hatte das schwere Krankheitsbild - häufige Anfälle, progrediente Tendenz, lange Krankheitsdauer, Tumor als Ursache der Anfälle, zusätzlich diskreminierendes Verhalten der Umwelt - zu dieser Reaktion geführt. Bei drei Patienten waren es vor allem die sozialen Schwierigkeiten und Frustrationen, die zu dieser Haltung geführt hatten.

H.B.(55) hat seit 9 Jahren epileptische Anfälle auf Grund einer Encephalitis.Sie ist zum zweiten Mal verheiratet und arbeitet als Aushilfe.Spannungen bestehen sowohl in der Ehe als auch im Beruf.Sie wolle mit niemandem mehr etwas zu tun haben.Anfallskranke seien von der Umwelt verstoßen.

Drei Patienten waren schon vor Beginn des Anfallsleidens ausgesprochene Einzelgänger und Eigenbrödler.Dies hatte sich noch durch die Krankheit verstärkt.

Als diskreminierend und verletzend empfanden 12 Patienten, daß man sie mied.

P.W.(19) Die Kollegen wollen mit ihm nichts zu tun haben und gingen ihm aus dem Weg oder ließen ihn spüren, daß seine Anwesenheit nicht erwünscht sei.

Weniger stark ausgeprägt empfanden 24 Patienten ihr gestörtes Verhältnis dadurch, daß man hier und dort ihnen gegenüber reserviert war.

E.H.(59) Sie könne eigentlich nicht sagen, daß sie ein schlechtes Verhältnis zu den Mitmenschen habe, aber es sei kühler, die Distanz sei größer als vor der Krankheit.

lo Patienten litten vor allem darunter, daß man sich manchmal lächerlich über sie machte, ihnen auch übel nachredete und sie verleumdete.Von der Persönlichkeitsstruktur bestand bei allen

eine epileptische Wesensänderung.Dies brachte sie in eine Außenseiterrolle.Sie waren leicht Zielscheibe von Spott und Hohn.

G.Z.(37) Bei ihm besteht seit 31 Jahren eine posttraumatische Epilepsie.Er ist erheblich retardiert,leidet unter Sprachausfällen und zeigt eine ausgeprägte epileptische Wesensänderung. Wenn er auf die Straße gehe,würden ihm die Leute nachgaffen oder mit dem Finger auf ihn zeigen.

Aus einem untergründigen Empfinden,daß man sich hinter ihrem Rücken anders gibt als ihnen gegenüber,ist ein leichtes Mißtrauen zu erklären,das 16 Patienten gegenüber Bekannten und Kollegen hegten.Sie selbst konnten die Ursache dieses Mißtrauens,welches nicht aus schlechten Erfahrungen entstanden war, nur vage angeben.

Bezüglich ihres Sozialprestiges gaben 43 Patienten an,daß dieses durch und im Laufe der Krankheit gesunken war.

Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war zu untersuchen, in welcher Art und Weise sich der Epileptiker mit seiner Krankheit und der durch sie entstandenen Situation auseinandersetzt, welche Probleme für ihn entstehen, und wie er mit ihnen fertig wird. 79 Patienten wurden in dieser Fragestellung im Zeitraum von 1965 - 1968 exploriert.

Zunächst wurde die Problematik einer solchen Untersuchung bei Anfallskranken und die Auswahl des Patientengutes kritisch beleuchtet. In einem mehr allgemeinen Teil wurden einzelne Faktoren untersucht, die möglicherweise von Einfluß auf die Verarbeitung sind. Hierauf folgte die Analyse der Exploration.

Als belastend erwiesen sich vor allem lange Krankheitsdauer, hohe Anfallsfrequenz, Zunahme der Anfallsfrequenz, schlechte berufliche, familiäre, materielle und Wohnverhältnisse. Kleine Anfälle wurden als nicht so belastend wie große empfunden und traten bei Anfallsleiden mit großen und kleinen Anfällen in den Hintergrund. Das belastende Moment bei den großen Anfällen war in der Mehrzahl (51) die Furcht vor der Situation, die sich aus der Konfrontation des Anfallsgeschehens mit dem sozialen Umfeld ergab. Zu einer Bagatellisierung im Rahmen eines Gewöhnungsprozesses kam es nicht im Verlaufe der Krankheit. Jugendliche wurden entweder von der Krankheit und den aus ihr resultierenden Sorgen völlig in Anspruch genommen, oder die Krankheit trat hinter den in dieser Lebensphase vorhandenen Problemen zurück. Zwischen dem 2o und 3o. Lebensjahr bestand eine relativ stabile Phase. Jenseits des 3o. Lebensjahres fiel es den Patienten zunehmend schwerer, mit ihrer Situation fertig zu werden. Bei überdurchschnittlich intelligenten Patienten stand die Selbstreflexion dem Gewinn einer neuen Unbefangenheit (W. Schulte) im Wege. Ein beruflicher Aufstieg war den meisten Patienten kaum möglich, ein sozialer Abstieg mehr oder weniger starken Ausmaßes dagegen war häufiger. Die Familie stellte ein stabilisierendes Moment dar, wogegen Ledige in vieler Hinsicht zusätzlichen labilisierenden Momenten ausgesetzt waren. Zusätzliche körperliche Beschwerden gewannen erst im Zusam-

menhang mit anderen belastenden Faktoren an Gewicht. Auraerlebnis und Geschlechtszugehörigkeit waren von untergeordneter Rolle.

Die Reaktion auf den ersten Anfall war in den meisten Fällen wenig differenziert. 25 Patienten hatten sich überhaupt keine Gedanken nach dem ersten Anfall gemacht. Die ersten Anfälle wurden kaum als Zeichen oder Beginn einer Krankheit gewertet. Es kam entweder zur Annahme eines episodischen krankhaften Geschehens z.B. Ohnmacht, Sonnenstich u.ä. oder zur Ablehnung einer Krankheit. Auch nach längerer Krankheitsdauer war 17 Patienten die genaue Diagnose ihres Krankheitsbildes nicht bekannt, bei 31 Patienten erschöpfte sich ihr Wissen um die Krankheit in der Kenntnis der Diagnose und einigen wenigen Verhaltensmaßregeln. 21 Patienten hatten sich selbst eingehender über das Krankheitsbild orientiert. Sie hatten ausnahmslos einen hohen I.Q. und meist einen sozial höher stehenden Beruf. Die familiäre Belastung wurde bei den sieben Patienten mit Anfallsleiden in der Familie vage vorgebracht. Eine unklare Ätiologie des Anfallsleidens war für den Patienten ein belastender Faktor.

Wegen der zahlreichen, die Lebensstimmung und das Lebensgefühl beeinflussenden Faktoren, war auch dieser Bereich reicher gegliedert. Bei 13 Patienten fanden sich Unbefangenheit und positives Lebensgefühl, Zufriedenheit fand sich bei 14 Patienten, während bei 10 Patienten kein bewußtes Erleben wegen Indolenz und Persönlichkeitsabbau möglich war. Diffiziler war die Situation bei 5 Patienten, bei denen eine zielgerichtete Anspannung, eine kritische Einstellung zum Leben, aber keine Unbefangenheit bestand und 7 Patienten, bei denen sich hinter einer äußeren Gleichgültigkeit, innere Unruhe und untergründige Ängste verbargen. Zunehmender Leidensdruck verknüpft mit Schwermut, innerer Verkrampfung und Enttäuschung vom Leben jedoch mit einem sthenischen Moment, das ihnen erlaubte, immer wieder eine kleine Hoffnung aufzubauen, fand sich bei sechs Patienten. Fehlte diese sthenische Komponente, so kam es zu Einengung, Verflachung und stiller Resignation. Dies war bei 13 Patienten der Fall. Bei 6 Patienten bestanden als Extrem Verzweiflung und Verbitterung.

In ihrem seelischen Gefüge fühlten sich 29 Patienten nicht verändert. Bei 23 Patienten war auch objektiv keine Wesensänderung

festzustellen.Geklagt wurde meist über Gedächtnisschwund,aber auch über mangelnde körperliche und intellektuelle Leistungsfähigkeit (9),Verlangsamung und Schwerfälligkeit (5),Unsicherheit und Unausgeglichenheit (3) und vermehrte Reizbarkeit (7).

Ihr Anfallsleiden hielten 17 Patienten für gefährlich.14 Patienten empfanden ihr Anfallsleiden leichter,als es objektiv war.Verantwortlich dafür war eine betont zukunftsbezogene positive Lebenseinstellung,während die depressive Lebenseinstellung bei drei Patienten dazu führte,daß sie ihr Leiden schwerer bewerteten,als es objektiv schien.Den Schweregrad ihrer Krankheit konnten 12 Patienten nicht einstufen.Die Anfälle bestanden bei ihnen erst kurze Zeit.9 Patienten fühlten sich überhaupt nicht krank.Anfälle traten bei ihnen in großen Abständen oder überhaupt nicht mehr auf.

Die Hälfte der Patienten hielt die Krankheit für heilbar.Eine Behandlung hielt die Mehrzahl für erforderlich,während 13 Patienten sich nicht sicher waren,ob eine Behandlung überhaupt notwendig sei.Fragt man,was die Patienten für behandlungsbedürftig halten,so werden zunächst spontan vordergründige Beschwerden vorgebracht,an ihre Krankheit denken sie nicht sofort.Ähnlich verhielt es sich mit der Frage nach dem sehnlichsten Wunsch.

Die Konstellation des Familiengefüges war meist stabil.Bei 11 Patienten bestand ein festgefügtes Miteinander.Beide Ehepartner waren belastungsfähig und sorgten für ein gutes Familienklima. 14 Patienten waren zwar wenig belastungsfähig,dafür sorgte jedoch der gesunde,gefestigte Ehepartner für Ausgleich.Umgekehrte Verhältnisse bestanden in drei Fällen.Der gesunde Partner litt besonders unter der Diffamierung,der er mitausgesetzt war.Ein latentes Gleichgewicht bestand bei vier Patienten.Geringe Störungen führten sofort zu erheblichen Spannungen.Drei Patienten hatten sich vom Ehepartner völlig abgekapselt,vier Patienten lebten in dauernder Disharmonie mit ihrem Partner.21 ledige Patienten lebten bei ihren Eltern.Sie stellten eine unerwünschte Belastung dar (6),hatten sich völlig abgekapselt (7) oder lebten in einem geduldeten (2) oder erwünschten Kind-Eltern Verhältnis.

Das Verhältnis zur Umwelt empfanden die meisten Patienten als ungestört (35).Anteilnahme war unerwünscht.Ein stärkeres Kontakt-

bedürfnis war bei 18 Patienten vorhanden, wogegen acht Patienten jeden Kontakt mieden. Eine gewisse Reserviertheit bei den Mitmenschen empfanden 14 Patienten, zehn Patienten hatten den Eindruck, daß man sich über sie lächerlich machte. Ein leichtes Mißtrauen bestand bei 18 Patienten.

Schlußbemerkung

Von den aufgeführten Faktoren,die von Einfluß auf Krankheitserleben und Leidensdruck sind,sind zunächst nur die des sozialen Bereichs zu beeinflussen,vorausgesetzt das Anfallsleiden ist optimal eingestellt.Auf diesem Gebiet liegen auch die Momente,die zusätzlich zur Krankheit den Patienten in Mitleidenschaft ziehen und belasten.So schreibt Dostojewskij in einem Brief an seinen Bruder in Anbetracht von Schulden,Wohnungssorgen und ungetaner Arbeit: Die Anfälle nehmen ihm die letzten Kräfte,und das solle er aushalten.Zwei Monate später schreibt er,nachdem diese Situation sich bereinigt hat: Sein Gesundheitszustand sei durchaus befriedigend,und er vertrage die angestrengteste Arbeit.

Das bedeutet,daß soziotherapeutische Maßnahmen für den Patienten eine erhebliche Hilfe bedeuten können.Dies trifft im Rahmen dieser Untersuchung vor allem für das Drittel der Patienten zu,die unter ausgeprägtem Leidensdruck stehen.Für die Kranken,bei denen es rezidivierend zu einer Verschlechterung ihres Gesamtbefindens kommt,müßte die Möglichkeit bestehen,bei Bedarf psycho - und soziotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen zu können.Das soll nicht heißen,der Situation,die nicht nur möglicherweise eine maligne Seite hat,sondern unter Umständen auch eine protektive Funktion ausübt,wie W.Schulte es betont hat,dieses protektive Moment zu nehmen.Aber dort,wo die protektive Funktion verloren gegangen ist,haben diese Maßnahmen ihre Berechtigung.

In mancher Hinsicht steht das Herausgearbeitete dieser Untersuchung im Gegensatz zu Beobachtungen von P.Wilson,L.Stewart und J.Parker,die feststellten,daß das Handicap des Epileptikers nicht in den vorherrschenden Attitüden gegen sein Leiden begründet sei.Dies hängt aber mit den andersgelagerten Gegebenheiten in den U.S.A. zusammen.So stellte G.Hauk fest,daß in Deutschland 1967 die Kenntnisse über Epilepsie in der Bevöl-

kerung geringer waren als 1959 in den U.S.A.,und daß das Urteil über den Epileptiker negativer war.Dies traf relativ häufig für junge Leute und solche mit geringem Bildungsniveau in kleinen Wohnorten zu.Es wäre wünschenswert,daß diese Situation durch intensive Öffentlichkeitsarbeit verbessert würde.

Tabellarische Übersicht der explorierten Patienten

Patient		Art des Anfallsleidens	Alter	Dauer der Krankheit	Anfallfrequenz	schlechte Wohnverhältn.	schl. materielle Situation	gespannte Familienverhältn.	schlechte Umweltverhältnisse	Lebensstimmung	zitiert auf Seite
Männliche Patienten											
1	K.H.	G	27	5	4					U.	37
2	F.B.	G+K	39	1o	1					g.L.	9,11,37,39,42,44,48
3	P.S.	G	42	6	1			+	+	a.L.	35,42,56,58,66,73
4	G.B.	K	16	1						U.	45
5	R.F.	G+K	35	9	4		+	+	+	a.L.	12,2o,58,66
6	G.A.	G	36	2	1			+		U.	24,34,58
7	R.S.	G	29	1	4					U.	36,42,63
8	E.H.	G+K	35	13	4	+	+	+	+	a.L.	9,43,51
9	M.W.	G	35	21	4	+	+		+	a.L.	2o,32,39,61
1o	E.M.	G	44	2	1				+	a.L.	8,11,51
11	R.B.	G+K	57	27	4			+		g.L.	12,34,4o,44,58,67
12	R.D.	G+K	2o	1o	1		+	+	+	a.L.	16,48,56,57
13	C.K.	G	26	3	1					g.L.	8,35,4o,6o
14	W.N.	G	26	5	1					U.	8,37,42,57,6o,65
15	N.K.	G+K	18	6	4					a.L.	19,58,73

G = Große Anfälle
G+K = Große und kleine Anfälle
K = Kleine Anfälle

U. : Unbefangenheit
g.L. : geringer bis mittelgradiger Leidensdruck
a.L. : ausgeprägter Leidensdruck

	Patient	Art des Anfallsleidens	Alter	Dauer der Krankheit	Anfallsfrequenz	schlechte Wohnverhältn.	schl. materielle Verhältn.	gespannte Familienverhältn.	schlechte Umweltverhältnisse	Lebensstimmung	zitiert auf Seite
16	G.W.	G	36	1o	4					U.	52
17	W.E.	G	19	11	4	+	+	+	+	a.L.	7,34,57,58,7o
18	J.L.	G	34	1	4		+	+		a.L.	5o
19	P.W.	G	52	2o	4				+	a.L.	5o,74
2o	E.H.	G+K	5o	1	1					U.	37,47,6o
21	E.S.	G+K	42	6	4			+		a.L.	16,34,66
22	G.O.	G+K	29	12	1			+	+	a.L.	36,4o,42,6o
23	A.R.	G	47	1	4				+	a.L.	25,56,66
24	F.V.	G	39	14	4					g.L.	8,46,56,7o
25	S.J.	G	25	14	1				+	g.L.	5o,56
26	W.B.	G	31	1					+	U.	47
27	A.R.	G+K	28	18	4				+	a.L.	9,12,49,53,56,61,72
28	W.F.	G	36	12	4	+	+	+	+	a.L.	8,61
29	E.S.	G+K	41	18	1				+	g.L.	39,42,72
3o	K.R.	G	36	3	1					g.L.	46,57
31	G.S.	psychogene Anfälle									
32	F.E.	G	45	4	4					U.	29,31,35,36,57,73
33	A.H.	G	44	6	1			+	+	g.L.	69
34	H.K.	G	57	3	1					U.	72
35	S.S.	G	41	1	1					U.	47
36	J.K.	G+K	27	3	1					U.	49
37	G.Z.	G	4o	31	4				+	a.L.	24,75
38	H.B.	synkopale Anfälle									
39	O.K.	Narkolepsie									
Weibliche Patienten											
4o	M.F.	G	36	36	4	+		+	+	a.L.	5o,59,73

	Patient	Art des Anfallsleidens	Alter	Dauer der Krankheit	Anfallfrequenz	schlechte Wohnverhältn.	schl. materielle Situation	gespannte Familienverhältn.	schlechte Umweltverhältnisse	Lebensstimmung	zitiert auf Seite
41	I.S.	G	55	4	1					g.L.	55,68
42	E.R.	G	46	14	4					a.L.	56
43	E.D.	G+K	55	5	4					g.L.	47,57
44	M.B.	K	2o	3	4	+		+	+	g.L.	48
45	L.S.	G	55	12	1		+	+		g.L.	21,24,47,6o,7o
46	D.D.	G	46	2	4		+			a.L.	8,31,37,58
47	R.W.	G	45	31	4					a.L.	2o,51
48	M.R.	G	33	1	1					U.	8,34,57,73
49	E.H.	G+K	52	17	4			+	+	a.L.	21,27,64,67
5o	A.D.	G	42	26	1					g.L.	49
51	M.K.	G	26	16	1					g.L.	42,71
52	M.R.	G+K	22	13	4			+	+	a.L.	54,69
53	I.B.	G	26	2	4		+		+	g.L.	59
54	E.L.	G+K	28	28	1					U.	4o
55	H.B.	G	29	9	4	+	+	+	+	a.L.	74
56	R.W.	G	23	1o	1				+	U.	46,7o
57	K.K.	G	22	1o	1					U.	54
58	I.M.	G	24	13	4					g.L.	61
59	E.H.	G	44	4	4				+	g.L.	74
6o	M.S.	G+K	35	17	4					g.L.	56
61	H.G.	G	29	18	1					g.L.	34,54,65
62	M.S.	G	19	3	1			+	+	U.	52
63	B.G.	G+K	25	7	4					g.L.	58
64	H.M.	G+K	28	11	1					g.L.	63
65	M.I.	G	19	1	4					U.	14,46,55,56,73
66	M.O.	G+K	17	2	1					U.	19,44
67	M.W.	G	46	1	4					U.	49,6o

	Patient	Art des Anfallsleidens	Alter	Dauer der Krankheit	Anfallsfrequenz	schlechte „Ohnverhältn.	schl. materielle Verhältnisse	gespannte Familienverhältn.	schlechte Umweltverhältnisse	Lebensstimmung	zitiert auf Seite
68	B.P.	G	26	13	4			+	+	g.L.	5o
69	E.R.	G+K	46	1o	4		+	+	+	a.L.	51
7o	M.S.	G	3o	1	4		+	+	+	g.L.	8,44,68
71	E.S.	G	41	1	4					U.	56
72	E.K.	K	2o	1	4				+	g.L.	54,72
73	M.F.	G	43	11	1				+	g.L.	63
74	P.M.	G	65	51	1					U.	8,9,16,24,47
75	E.A.	G	31	1	4					a.L.	35,52,58
76	S.B.	G+K	28	28	4			+		U.	47,58
77	E.E.	G+K	31	4	4				+	U.	23,58
78	G.S.	G+K	22	2o	1					g.L.	46,54,52,58
79	T.K.	G+K	51	21	4					a.L.	16,21,37,51

Literaturhinweise

Bergler,R.:Beiträge zur Psychologie des Erwachsenenalters. Bibl.Vitae hum.Vol.2 Basel 1961

Bloch,E.:Das Prinzip Hoffnung.Frankfurt/Main 1959

Bürger-Prinz,H.:Befinden und Symptom.Stuttgart (1964)

Delay,J. und Pichot,P.:Medizinische Psychologie.Stuttgart 1966 Übersetzung:W.Böcher

v.Diffurt,H.:Die affektiv-vegetative Kommunikation.Nervenarzt 28, 7o (1957)

Dostojewskij,F.M.:Autobiographische Schriften 1921

- Der Idiot Übersetzung:H.Röhl Bertelsmann
- Die Dämonen Übersetzung:G.Jardiv Goldmann
- Die Brüder Karamasoff Übersetzung:K.Moetzel Goldmann

Dührssen,A.:Psychiatrische Aspekte zur Familiensoziologie.In: Kölner Ztschrft.f.Soziologie und Sozialpsychologie.Sonderhft 3

Ehrhardt,H.:Euthanasie. In:Arzt und Recht. München 1966

Die epileptischen Anfallskrankheiten.Herausgegeben von der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie Heidelberg 1966

Fahrenberg,J.:Psychophysiologische Persönlichkeitsforschung. Göttingen 1967

Finke,J.und W.Schulte.:Über das Erleben des Schlaganfalls und seiner Folgen.Fortschr.Neurolog. u.Psychiatr. 37,78 (1964)

Fried,L.:Soziale Schichtung und psychische Erkrankung.In:Kölner Ztschrft.f.Soziologie und Sozialpsychologie.Sonderhft.3

Gottschaldt,K.:Das Problem der Phänogenetik der Persönlichkeit. In:Handbuch der Psychologie,4.Göttingen 196o

Graumann,C.:Eigenschaft als Problem der Persönlichkeitsforschung. In:Handbuch der Psychologie,4.Göttingen 196o

Gruhle,W.:Verstehende Psychologie.Stuttgart 1956

Hauk,G.:Die Einstellung der Bevölkerung zur Epilepsie in U.S.A. und Deutschland.Nervenarzt 39,181,(1968)

Hofstätter,P.:Einführung in die Sozialpsychologie.Stuttgart 1963

Janz,D.:Die Epilepsien. Stuttgart 1969

- Zur Abgrenzung verschiedener Psychosyndrome bei Epilepsie. Hippokratetes 39,4o2 (1968)

Jaspers,K.:Allgemeine Psychopathologie. Berlin-Göttingen-Heidelberg 1953

König,R.:Soziologie der Familie. In:Handbuch der Empirischen Sozialforschung. Stuttgart 1969

Lennox,W.:Epilepsie and related disorders. Boston-Toronto 1966

Lersch,Ph.:Aufbau der Person. München 1962

Merleau-Ponty.:Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin 1966 Übersetzung:R.Böhm

Newcomb,Th.:Sozialpsychologie 1959 Übersetzung:Canders,L.

Parson,T.:Struktur und Funktion der modernen Medizin. In:Kölner Ztschrft. f. Soziologie und Sozialpsychologie Sonderhft.3

Petrilowitsch,N.:Sozialpsychiatrie. Basel-New York 1969

Pflanz,M.:Sozialer Wandel und Krankheit. Stuttgart 1962

- Medizinsoziologie. In:Handbuch d. Empirischen Sozialforschung Stuttgart 1969

Platon:Politeia. Übersetzung:F.Schleiermacher Rowohlts klassiker

SchamannTh.:Ein und Wiedereingliederung behinderter Personen in das Berufsleben I:Handbuch d.Psychologie,9.Göttingen 1961

Scheid,W.:Lehrbuch der Neurologie. Stuttgart 1963

Schelsky,H.:Wandlung der deutschen Familie in der Gegenwart Dortmund 1953

- Der Beruf in der modernen Gesellschaft.Stuttgart 196o

Scheuch,E.:Soziologie der Freizeit.In:Handbuch d.Empiririschen Sozialforschung.Stuttgart 1969

Schorsch,G.:Epilepsie:Klinik und Forschung.In:Handbuch der Psychiatrie der Gegenwart. Berlin-Göttingen-Heidelberg 196o

Schulte,W.:Epilepsie und ihre Randgebiete in Klinik und Praxis. München 1964

- Stellung des Anfallskranken in der Gesellschaft.Therapiewoche 17,177 (1967)

- Epilepsie in der Sicht des Patienten Nervenarzt 38,296 (1967)

- Die syncopalen Anfälle. Stuttgart 1949

- Morbogener Situationswandel. Wiener Kl.Ztschrft.für Nervenheilk.25,429 (1967)

Schulte,W:Zur Sprache unserer Patienten.Prax.Psychother.11 181 (1966)
- Studien zur heutigen Psychotherapie.Heidelberg 1964
- Aktuelle Probleme der Psychotherapie.Bremen 1964
- Psychotherapeutisch-psychiatrisches Seminar.Stuttgart 1967
- Almanach für Neurologie und Psychiatrie.München 1967
Stern,E.:Die Anfänge des Alterns.Leipzig 1932
Strotzka,H.:Psychologische Probleme der Epilepsie.Schweiz.Arch. Neur.76,375 (1955)
- Sozialpsychiatrische Überlegungen.In:Kölner Ztschrft.f. Soziologie und Sozialpsychologie.Sonderhft.3
Thomae,H.:Das Individuum und seine Welt.Göttingen 1968
- Motivation und menschliches Handeln.Köln-Berlin 1966
- Das Problem von Konstanz und Variabilität der Eigenschaften. In:Handbuch der Psychologie,4.Göttingen 1960
Tölle,R.:Katamnestische Untersuchungen zur Biographie abnormer Persönlichkeiten.Berlin-Heidelberg-New York 1966
v.Uexküll,Th.:Was kann eine Spezialdisziplin „Soziologische Medizin"leisten? Kölner Ztschrft.f.Soziologie und Sozialpsychologie.Sonderheft 3.
Vogel,P.:Von der Selbstwahrnehmung der Epilepsie.Der Fall Dostojewskij.Nervenarzt 32,438 (1961)
Wechsler,D.:Die Messung der Intelligenz Erwachsener.Deutsche Bearbeitung:Hardesty,A. und Lauber,H.Bern-Stuttgart 1964
Weitbrecht,H.J.:Psychiatrie im Grundriß.Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963
v.Weizsäcker,V.:Der kranke Mensch. Stuttgart 1951
- Arzt und Kranker.Leipzig 1941
Wilson,W.Stewart,L.Parker,J.:A study of socioeconomic effects of epilepsie.Epilepsia 1,300 (1960)
Wurzbacher,C.:Leitbilder gegenwärtigen deutschen Familienlebens. Stuttgart 1969

Lebenslauf

Am 20. April 1941 wurde ich, Wolfgang Raßmann, als Sohn des Oberstudiendirektors Walter Raßmann und seiner Ehefrau Ehrengart Raßmann geb. Klein in Stuhm bei Marienburg geboren.

In Braunschweig besuchte ich die Grundschule und anschließend die Raabeschule, ein neusprachliches und mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium. 1961 machte ich an dieser Schule das Abitur.

Im Sommersemester 1961 begann ich das Medizinstudium in Tübingen und legte im April 1962 das Vorphysikum, im Oktober 1963 das Physikum ab. Nach zwei klinischen Semestern in Tübingen studierte ich ein Semester in Wien und schloß das Studium im August 1967 in Tübingen mit dem Staatsexamen ab.